«Wer für alles offen ist, ist nicht ganz dicht»: Wie durch die Gestaltung von Grenzen organisationale Entwicklungsprozesse gelingen können – Eine qualitative Einzelfallstudie einer Schweizer Notfallstation

DISSERTATION
der Universität St.Gallen,
Hochschule für Wirtschafts-,
Rechts- und Sozialwissenschaften,
Internationale Beziehungen und Informatik (HSG),
zur Erlangung der Würde einer
Doktorin der Sozialwissenschaften

vorgelegt von

Naomi Kink

von

Arlesheim (Basel-Landschaft)

Genehmigt auf Antrag der Herren

Prof. Dr. Johannes Rüegg-Stürm

und

Prof. Dr. Harald Tuckermann

Dissertation Nr. 5118

Difo-Druck GmbH, Untersiemau 2021

Die Universität St.Gallen, Hochschule für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften, Internationale Beziehungen und Informatik (HSG), gestattet hiermit die Drucklegung der vorliegenden Dissertation, ohne damit zu den darin ausgesprochenen Anschauungen Stellung zu nehmen.

St.Gallen, den 28. Mai 2021

Der Rektor:

Prof. Dr. Bernhard Ehrenzeller

Danksagung

Die vorliegende Dissertation problematisiert die Gestaltung von Grenzen in modernen Expertenorganisationen. Gänzlich ohne Grenzen war die mir entgegengebrachte Unterstützung in der Entwicklung dieses Forschungsbeitrages. Die vorliegende Arbeit mag aus meiner Feder stammen, viele Personen haben aber an meinem Forschungsvorhaben und an der Entstehung des Textes mitgewirkt. Von Herzen möchte ich ihnen danken.

Ich hatte das grosse Glück, von einem engagierten Doktorvater durch die Irrungen des Doktoratsstudiums geführt zu werden. *Johannes Rüegg-Stürm* war der Grund, warum ich eine Dissertation überhaupt in Angriff genommen habe. Er hat mich während meines Masterstudiums mit seinen theoretischen Ansätzen und seinen Arbeiten zum traditionsreichen St.Galler Management-Modell tief inspiriert und schenkt mir seit 2015 an seinem Lehrstuhl am *Institut für Systemisches Management und Public Governance* eine geistige Heimat. Er ist mir als Wissenschaftler, Management-Praktiker und Lehrperson, vor allem aber auch als Vorgesetzter und Mensch, ein grosses Vorbild. Die Zusammenarbeit mit ihm war lehrreich, in vielerlei Hinsicht unvergleichlich und vor allem ein grosses Privileg. Als Mitarbeiterin und Doktorandin hat er mir viele Gestaltungsfreiheiten geschenkt. Er hat mir tagtäglich vorgelebt, was meiner Meinung nach gutes Management auszeichnet: Mitarbeitende dort einzusetzen, wo ihre Stärken für das Team am besten zum Tragen kommen und dabei gleichzeitig individuelle Entwicklungsprozesse gezielt zu unterstützen. Immer wieder hat er mir und unserem Forschungsteam förderliche Bedingungen geschaffen, um Herzensprojekte wie Dissertationen zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen. Die vielen gemeinsamen Gespräche über wissenschaftliche Themen sowie der intensive Austausch zum St.Galler Management-Modell haben nicht nur diese Dissertation bereichert, sondern meine Denke und mein Verständnis von Organisation und Management entscheidend geprägt. Der gemeinsame Lern- und Schaffensprozess geht weit über diese Dissertation hinaus und ist hoffentlich noch lange nicht abgeschlossen.

Dank gebührt auch meinem zweiten Doktorvater, *Harald Tuckermann*. Er hat in der ersten Hälfte des Doktoratsstudiums meine Findungsphase nach geeigneten Forschungsfragen und Literaturdiskursen begleitet. Besonders inspirierend war der Austausch im Rahmen der zweieinhalbjährigen empirischen Feldarbeit mit vielen gemeinsamen Diskussionen des Datenmaterials und der wissenschaftlichen Literatur. Dabei hat er mir beigebracht, bestehende Überzeugungen und Selbstverständlichkeiten immer wieder zu hinterfragen und den Mut zu haben, diese wenn nötig zu verwerfen. Er diente mir als verlässlicher Sparringpartner mit einer ansteckenden Leidenschaft für das wissenschaftliche Schaffen. Ich danke ihm auch dafür, dass er mir in der zweiten Hälfte des Doktoratsstudiums die

Freiheit geschenkt hat, meine Dissertation in eine von mir selbst gewählte Richtung zu entwickeln, wobei mir aber auch in dieser Phase sein Angebot nach fachlicher Unterstützung stets gewiss war.

Dem *Forschungsteam HealthCare Excellence* der Universität St.Gallen mit *Anna-Sophia Bilgeri*, *Camille Leutenegger*, *Matthias Mitterlechner*, *Laura Rosini*, *Andreas Schwendener, Flavio Tschopp* und *Simone von Wittken* danke ich für die vielen Stunden an gemeinsamer Feldforschung und spannenden Literaturdiskussionen. Auch dank ihnen bin ich gerne ins Büro gekommen und konnte einige persönliche Schaffenskrisen überwinden. Trotz unseres herausfordernden Alltages haben wir immer Zeit gefunden, uns für die Erfolge des Anderen zu freuen, uns gegenseitig zu unterstützen und miteinander zu lachen.

Dem erweitertem *Organization Studies-Team* mit *Simon Betschart, Anita Derungs, Simon Grand*, *Samuel Huber, Christian Karaschewitz*, *Marc Krautzberger*, *Joana Racine*, *Benjamin Scher, Torsten Schmid* und *Thomas Schumacher* danke ich für den lehrreichen Austausch über empirische Forschungsfelder hinaus, spannende Doktorandenseminare und freundschaftliche Begegnungen. Es war eine Freude, mit derart inspirierenden Köpfen zusammenarbeiten zu dürfen.

Unseren stillen Helferinnen im Hintergrund, *Sandra Brocca* und *Monika Steiger,* danke ich für die freundliche und produktive Atmosphäre an unserem Lehrstuhl. Auf sie war in allen Situationen Verlass.

Die vorliegende Dissertation fusst auf einer langjährigen Forschungspartnerschaft mit einem Schweizer Kantonsspital, das aus Gründen der Anonymität hier namentlich nicht erwähnt wird. Es war ausserordentlich, mit welcher Offenheit und Engagement uns unser Forschungspartner begegnet ist. Zahlreiche *Healthcare Professionals* haben in Interviews, Gesprächen und Workshops viel Zeit in diese Dissertation investiert. Nachhaltig beeindruckt hat mich deren Hingabe und Opferbereitschaft für Andere in einem System, das viele Zumutungen an ihre tägliche Arbeit stellt. Ihnen gehört mein aufrichtiger Dank, vor allem aber auch mein tiefer und ehrlicher Respekt.

Meiner *Familie* verdanke ich mehr, als man in einigen wenigen Zeilen zum Ausdruck bringen kann. Mein Partner *Robin Waibel* hat wie kein anderer die vielen Hochs und Tiefs meines Dissertationsprojektes miterlebt. Er steht mir auf meinem Weg mit viel Verständnis ermutigend zur Seite. In Phasen des Umbruchs und des Zweifels hat er mir geholfen, den Fokus für das Wesentliche zu bewahren. Während der Corona-Pandemie haben wir ein ganzes Jahr gemeinsam im Homeoffice verbracht, uns in beruflichen Fragen unterstützt und uns gegenseitig motiviert. Viele Analyseideen und Textpassagen sind in dieser Zeit

entstanden. Seine bejahende Art die Welt zu betrachten ist inspirierend, denn wo andere Probleme sehen, erkennt er Opportunitäten. Auf magische Art und Weise schenkt er mir Wurzeln und verleiht mir gleichzeitig Flügel.

Ohne den finanziellen und moralischen Rückhalt seitens meiner Eltern *Roland* und *Kathrin Kink* sowie meines Bruders *Dimitri Kink* wäre mein Hochschulstudium und diese Dissertation nicht möglich gewesen. Dank ihnen durfte ich beschützt und privilegiert im Appenzellerland aufwachsen. Sie haben mir beigebracht, freiheitlich zu denken, meine Meinungen mutig zu vertreten und dennoch respektvoll mit anderen Perspektiven umzugehen. Für sie war es eine Selbstverständlichkeit, mir die optimalen Bedingungen zu schaffen, um mich ganz auf meine Ausbildung konzentrieren zu können. Kaum eine universitäre Seminararbeit wurde eingereicht, ohne nicht von den kritischen Augen meines Vaters geprüft zu werden. Bei Lebenskrisen aller Art ist meine Mutter mit ihrem verständnisvollen und fürsorglichen Wesen mein sicherer Zufluchtsort. Meinem humorvollen Bruder verdanke ich die Einsicht, dass sich Herausforderungen einfacher meistern lassen, wenn man sich selbst nicht immer ernst nimmt. Unsere familiären Wortgefechte haben meinen Charakter ebenso gestärkt, wie die stets spürbare Zuversicht in meinen Werdegang.

Ihr vier gebt mir das Gefühl, dass ich auf der Bühne des Lebens eine Seiltänzerin sein darf, und ihr mich bei zu gewagten Sprüngen auffängt. In tiefer Dankbarkeit widme ich euch diese Dissertation.

St.Gallen, Juli 2021

Naomi Kink

Zusammenfassung

Am Anfang dieser Dissertation steht die Frage, wie es einer pluralistischen Expertenorganisation gelingen kann, eine eigene Entscheidungs-Praxis und eine organisationale Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit aufzubauen. Ohne kollektiv geteilte Entscheidungs-Praktiken kann eine Expertenorganisation keine attraktive Wertschöpfung erbringen und Komplexität nicht adäquat handhaben. Um diese Frage zu beantworten, wird ein systemtheoretisches Argument (Luhmann 2000, 1999, 1984) mobilisiert: Organisationen sind auf «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) angewiesen. Grenzen entscheiden darüber, welche Erwartungen wechselseitig unterstellt werden können, und schaffen Erwartungssicherheiten. Dieses Argument steht konträr zum Postulat der aktuellen Literatur, wonach Organisationen ihre Grenzen möglichst öffnen und verflüssigen sollten, um in einer sich immer schneller verändernden Umwelt Bestand haben zu können. Aus einer systemtheoretischen Perspektive ist nicht die Offenheit von Organisationen für deren Existenzsicherung relevant, sondern ihre kommunikative Selektivität sowie die Verfertigung und reflexive Gestaltung von Grenzen.

Am Einzelfall einer Schweizer Notfallstation wird in Form einer «dichten Beschreibung» (Geertz 1983) analysiert, wie Grenzen fortlaufend kommunikativ verfertigt und reflexiv gestaltet werden. Der analysierten Notfallstation ist es in einem langjährigen Transformationsprozess gelungen, eine eigene Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit aufzubauen und die Entscheidungs-Praxis dynamisch zu stabilisieren. Dabei konnte beobachtet werden, dass die organisationale Entwicklung über Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung von Grenzen erfolgte. Aus der empirischen Analyse können relevante Erkenntnisse für pluralistische Expertenorganisationen abgeleitet werden: Grenzen und Entscheidungs-Praxis konstituieren sich wechselseitig und sind immer wieder aufs Neue zu kollektivieren. Ohne stabile Grenzen und kollektive Erwartungsräume kann eine Organisation keine eigene Entscheidungs-Praxis aufbauen. Dabei entstehen Grenzen als Nebenprodukt der strukturellen Ausdifferenzierung eines Systems. Grenzen können aber auch über Selbstbeobachtung und Reflexivität gestaltet werden. Die Analyse legt nahe, dass Grenzen und deren Bedeutung für organisationale Problemstellungen aus einer prozessualen und kommunikationszentrierten Perspektive untersucht und Organisationen sowohl als offene als auch als geschlossene Systeme konzeptualisiert werden. Die Dissertation schlägt in Anlehnung an Rüegg-Stürm & Grand (2019) vor, Management als reflexive Gestaltungspraxis von Grenzen weiterzuentwickeln.

Abstract

This dissertation begins with the question of how a pluralistic organization can succeed in building up its decision-making praxis and organizational decision-making capacity. Without collective decision practices, an expert organization will not be able to produce attractive value creation and adequately manage complexity. To answer this question, a systems theory argument (Luhmann 2000, 1999, 1984) is mobilized: Organizations rely on «limits to the expectability of actions» (Luhmann 1999: 60). Boundaries determine which expectations can be mutually assumed and create certainty of expectations. This argument is contrary to the postulate of current literature that organizations should open themselves up and dissolve their boundaries as much as possible in order to be able to endure in an ever more rapidly changing environment. From a systems theory perspective, it is not the openness of organizations that is relevant for securing their existence, but their communicative selectivity as well as the enactment and reflexive shaping of boundaries.

The case of a Swiss emergency unit is used to analyze, in form of a «dense description» (Geertz 1983), how boundaries are communicatively enacted and reflexively shaped. In a transformation process lasting many years, the analyzed emergency department succeeded in building up its own decision-making capacity and dynamically stabilizing its decision-making praxis. It could be observed that organizational development took place through processes of selective opening and closing of boundaries. Relevant insights for pluralistic organizations can be derived from the empirical analysis: Boundaries and decision-making praxis are mutually constituted and must be continuously collectivized. Without stable boundaries and a collective landscape of expectations, an organization cannot build up its own decision-making praxis. Boundaries emerge as a byproduct of the structural differentiation of a system; however, they can also be enacted through self-observation and reflexivity. The analysis suggests that boundaries and their relevance to organizational problems be examined from a process- and communication-centered perspective, conceptualizing organizations as both open and closed systems. According to Rüegg-Stürm & Grand (2019) the dissertation proposes to reinterpret management as reflexive enactment practices of boundaries.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis ..... **X**
Tabellenverzeichnis ..... **XI**
Abkürzungsverzeichnis ..... **XII**

Teil A: Einleitung und Aufbau der Dissertation **1**
1. Einleitung **2**
1.1 Eine praxisrelevante Problemstellung als gedanklicher Ausgangspunkt 2
1.2 Herleitung der Forschungsfrage 6
1.3 Praktische und wissenschaftliche Relevanz 9
1.4 Ziel und Aufbau der Dissertation 13

Teil B: Theoretische Grundlagen und Analysebrille **16**
2. Der Entscheidungsbegriff aus einer systemtheoretischen Perspektive **17**
2.1 Entscheidungen sind kollektive Kommunikationsprozesse 17
2.2 Die Besonderheiten organisationaler Entscheidungen 19
2.3 Entscheidungen sind über Entscheidungs-Praktiken beobachtbar 21
3. Systemtheorie meets Praxistheorie: Entscheidungen entstehen durch konkrete Entscheidungs-Praktiken **23**
3.1 Praktiken als kollektive Handlungs- und Entscheidungsmuster 23
3.2 Das hier vertretene Verständnis von Entscheidungs-Praktiken 27
4. Der Grenzbegriff in der Organisations- und Managementforschung **32**
4.1 Betriebswirtschaftliche Zugänge zu Grenzen 32
4.2 Organisationssoziologische Zugänge zu Grenzen 35
4.2.1 Theorien offener Systeme 35
4.2.2 Der Soziologische Neo-Institutionalismus 37
4.2.3 Strukturationstheoretische Ansätze 38
4.2.4 Die Debatte um «boundary work» 40
4.2.5 Die Debatte um «new forms of organizing» 42
4.3 Zusammenfassende Reflexion zur Forschung über Grenzen 44

5. Grenzen in der neueren Systemtheorie 47
5.1 Die Welt besteht aus sozialen Systemen 48
5.2 Die System-Umwelt-Differenz und die Handhabung von Komplexität 50
5.3 Komplexitätsreduktion bedeutet Erhöhung der Selektivität 53
5.4 Operative Geschlossenheit als Voraussetzung für kommunikative Offenheit 56
5.5 Grenzen sind Mitgliedschafts- und Erwartungsgrenzen 59
5.6 Die Multireferenz von Organisationen und ihren Grenzen 62
5.7 Die Bedeutung und Funktionen von Grenzstellen 66
5.8 Die Innenseiten der Systemgrenzen entwickeln sich über Strukturen 70
5.8.1 Strukturen sind Entscheidungsprämissen 71
5.8.2 Entscheidungsprogramme 73
5.8.3 Kommunikationswege 74
5.8.4 Personal 76
5.8.5 Zusammenfassende Reflexion zu den Entscheidungsprämissen 77
5.9 Strukturen sind auf Selbstbeobachtung und Reflexivität angewiesen 78
5.10 Die Entscheidungs-Praxis entsteht durch Öffnung und Schliessung 81
5.11 Fazit: Die Gestaltung von Grenzen als zentrale Managementaufgabe 86

Teil C: Methodologie 89
6. Forschungsverständnis und methodologischer Ansatz 90
6.1 Wissenschaftliche Forschung als Rekonstruktion von Praxis 90
6.1.1 Die wissenschaftliche Rekonstruktion von Praxis erfolgt in einem Lernprozess 95
6.1.2 Methodologische Konsequenzen 96
6.1.3 Gütekriterien für konstruktivistische Forschungsbeiträge 100
6.2 Methodologischer Ansatz 104
6.2.1 Longitudinale Einzelfallstudie als Forschungsdesign 106
6.2.2 Definition der Unit of Analysis 109
6.3 Präsentation des Forschungsprozesses 111
6.3.1 Methoden der Datenerhebung 118
6.3.2 Methoden der Datenauswertung 134
6.4 Fazit zur Methodologie 139

Teil D: Empirische Analyse 141

7. Einführung in die Fallstudie: Portrait der analysierten Notfallstation 142

7.1 Die Notfallstation als Drehscheibe eines modernen Zentrumsspitals 142

7.2 Die Besonderheiten der Entscheidungsprozesse einer Notfallstation 145

7.3 Die organisationale Einbettung der Notfallstation in das Spital 149

7.4 Die Transformation der Notfallstation in drei Entwicklungsphasen 154

7.4.1 Entwicklungsphase 1: Aufbau des Organisations- und Führungsmodells (2006 – April 2015) 155

7.4.2 Entwicklungsphase 2: Auf dem Weg zu einer «regelbasierten Organisation» (Mai 2015 – November 2017) 157

7.4.3 Entwicklungsphase 3: Stabilisierung der «regelbasierten Organisation» (Dezember 2017 – Februar 2020) 159

8. Die Entstehung einer Entscheidungs-Praxis: Prozesse der Öffnung und Schliessung in den drei Entwicklungsphasen 162

8.1 Prozesse der Öffnung und Schliessung in Entwicklungsphase 1 162

8.1.1 Wie die Einführung einer neuen Entscheidungs-Praktik scheitert 162

8.1.2 «Wir sind nicht der Abfalleimer des Spitals!»: Die Entstehung von Systemgrenzen 171

8.1.3 Zentrale Erkenntnisse der Entwicklungsphase 1 180

8.2 Prozesse der Öffnung und Schliessung in Entwicklungsphase 2 182

8.2.1 Die Stabilisierung von Grenzen über Dienstleistungsvereinbarungen 182

8.2.2 Die Einführung einer regelbasierten Entscheidungs-Praxis 197

8.2.3 Die Ausdifferenzierung der Management-Praxis 221

8.2.4 Die Regulierung des Umweltkontakts über Grenzstellen 230

8.2.5 Zentrale Erkenntnisse der Entwicklungsphase 2 242

8.3 Prozesse der Öffnung und Schliessung in Entwicklungsphase 3 245

8.3.1 Dynamische Stabilisierung der Entscheidungs-Praxis 245

8.3.2 Die Weiterentwicklung der Entscheidungs-Praxis durch die Ausdifferenzierung der Umwelt 257

8.3.3 Zentrale Erkenntnisse der Entwicklungsphase 3 269

Teil E: Erkenntnisse und Reflexion 273
9. Empirische und praxisrelevante Erkenntnisse der Fallstudie 274
9.1 Expertenorganisationen sind auf Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen angewiesen 274
9.1.1 Grenzen werden durch die Ausdifferenzierung des Systems verfertigt 276
9.1.2 Grenzen können kollektiv und reflexiv gestaltet werden 280
9.2 Handlungsfähigkeit entsteht über kommunikative Selektivität 290
9.3 Entscheidungslegitimität ist kontinuierlich herzustellen 292
9.4 Entscheidungs-Praktiken stabilisieren sich in ihrem Zusammenspiel 294
10. Theoretische Beiträge zur Forschung von Grenzen 296
10.1 Organisationen und Grenzen prozessual erforschen 296
10.2 Organisationen als offene und geschlossene Systeme 298
10.3 Die wechselseitige Konstituierung von Grenzen und Entscheidungen 299
10.4 Management als reflexive Gestaltungspraxis von Grenzen 300
11. Schlussbetrachtung 302
11.1 Zusammenfassung der Erkenntnisse 302
11.2 Die Limitationen dieser Dissertation 304
11.3 Vorschläge für weitere Forschung 307

Literaturverzeichnis 309

Anhang 328
Anhang 1: Verzeichnisse der Forschungsaktivitäten 328
Anhang 2: Vorlage «Beobachtungsprotokoll» 352
Anhang 3: Vorlage «Reflexion nach Datenerhebung» 353

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Research Design und Unit of Analysis in Anlehnung an Yin (2003) 110
Abbildung 2: Der iterative Lern- und Forschungsprozess 113
Abbildung 3: Die Notfallstation als Drehscheibe des Spitals 144
Abbildung 4: Das Organisations- und Führungsmodell des Notfalls 150
Abbildung 5: Der Behandlungsprozess von Notfallpatienten 154
Abbildung 6: Zeitliche Entwicklung der Medizinischen Team-Evaluation 166
Abbildung 7: Schematische Darstellung des Koordinationsupdates 210
Abbildung 8: Kollektive Systemführung und berufsgruppenspezifische Fach- und Personalführung 223
Abbildung 9: Das Organigramm der hausärztlichen Notfallpraxis 258
Abbildung 10: Die wechselseitige Konstituierung von Strukturen und Grenzen 279

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung in der Übersicht 84
Tabelle 2: Das positivistische und konstruktivistische Forschungsparadigma 92
Tabelle 3: Gütekriterien zur Beurteilung der vorliegenden Forschungsarbeit 104
Tabelle 4: Aufbau des semistrukturierten Leitfadens 122
Tabelle 5: Überblick Datenkorpus 133
Tabelle 6: Die Veränderung des Dienstleistungsangebots der ZNS 186
Tabelle 7: Die Entwicklung regelbasierter Kooperationsvereinbarungen 191
Tabelle 8: Kommunikationsplattformen der ZNS 226

Abkürzungsverzeichnis

bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CEO	Chief Executive Officer
CIRS	Critical Incident Reporting System
EBITDA	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization
etc.	et cetera
GL	Geschäftsleitung
ICT/IT	Information and Communication Technology/Information Technology
IMC	Intermediate Care Unit (Organisationseinheit in einem Spital)
IPS	Intensivpflegestation/Intensivstation (Organisationseinheit in einem Spital)
KIS	Krankenhausinformationssystem
MPA	Medizinische Praxisassistentin/Praxisassistent
MRI	Magnetresonanztomographie (Bildgebungsverfahren in der Diagnostik)
MTE	Medizinische Team-Evaluation
MTRA	Fachfrau und Fachmann für medizinisch-technische Radiologie
NDS	Nachdiplomstudiengang
NFP	Hausärztliche Notfallpraxis
Rega	Schweizerische Rettungsflugwacht
SAP	Softwarelösung, Administrativsystem in einem Spital
STV	Stellvertreter/Stellvertreterin
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel
ZNS	Zentrale Notfallstation (Organisationseinheit in einem Spital)

Teil A: Einleitung und Aufbau der Dissertation

1. Einleitung

Diese Dissertation untersucht, wie ein organisationaler Transformationsprozess durch die Entwicklung von Grenzen möglich gemacht wird. Es interessiert die Frage, wie durch die Verfertigung und Gestaltung von Grenzen eine Entscheidungsfähigkeit sowie eine eigene Entscheidungs-Praxis aufgebaut werden kann. Die Studie entstand in Zusammenarbeit mit einer Notfallstation eines Schweizer Kantonsspitals und ist von einer konkreten empirischen Herausforderung inspiriert. Diese Problemstellung wird im Kapitel 1.1 beschrieben und bildet den gedanklichen Ausgangspunkt der vorliegenden Forschung. Darauf aufbauend wird im Kapitel 1.2 die Forschungsfrage hergeleitet. Warum diese Forschungsfrage sowohl von praktischer als auch wissenschaftlicher Relevanz ist, wird im Kapitel 1.3 erklärt. Im Kapitel 1.4 wird der Aufbau der Dissertation präsentiert.

1.1 Eine praxisrelevante Problemstellung als gedanklicher Ausgangspunkt

Unsere moderne Welt wird immer *komplexer*[1] (Wimmer 2017). Organisationen müssen in einem schnelllebigen Umfeld bestehen, dessen Geschehen durch Unübersichtlichkeit, Hektik und Ungewissheiten geprägt ist (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 112ff). Die Zunahme von Komplexität bedeutet, dass der *Entscheidungsdruck auf Organisationen zunimmt.* Von Mitarbeitenden und Management-Verantwortlichen wird trotz der Unübersichtlichkeit und Flüchtigkeit des Alltagsgeschehens verlangt, *schnelle und informierte Entscheidungen zu treffen*. Besonders betroffen von diesen Entwicklungstrends und der Steigerung der Aussen- und Binnenkomplexität sind *pluralistische Expertenorganisationen* wie *Spitäler*: Im Aussenverhältnis müssen sie unterschiedliche Erwartungen adressieren und ökonomischen, technologischen, wissenschaftlichen, politischen und ethischen Anforderungen gerecht werden (Schedler & Rüegg-Stürm 2013). Im Innenverhältnis gilt es eine Vielzahl an Organisationseinheiten, Teams und Mitarbeitenden mit heterogenen Kompetenzen, Interessen und Erfolgsverständnissen arbeitsteilig und dezentral zu koordinieren (Denis, Lamothe et al. 2001; Tuckermann 2013b). Will eine Organisation mit der Aussen- und der Binnenkomplexität adäquat umgehen und eine attraktive Wertschöpfung erbringen, braucht sie eine *eingespielte und kollektiv geteilte Entscheidungs-Praxis*[2] (Rüegg-Stürm & Grand 2019; Rüegg-Stürm 2008a). Es wäre

[1] Relevante Begriffe oder Aussagen werden in dieser Arbeit kursiv gesetzt und so hervorgehoben.

[2] Auf den Begriff der «Entscheidungs-Praxis» bzw. auf das dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis von «Entscheidungen» (Luhmann 2000) und «Praktiken» (Nicolini 2012) wird im Kapitel 3 ausführlich eingegangen. Es sei an dieser Stelle lediglich festgehalten, dass Organisationen aus einem komplexen Zusammenspiel von kollektiven Entscheidungsprozessen bestehen. Dieses Zusammenspiel von Entscheidungen wird in der Folge als Entscheidungs-Praxis bezeichnet. Die Entscheidungs-Praxis einer Organisation besteht nicht aus individuellen

undenkbar, dass eine Organisation wie ein Spital mit seinen zahlreichen Abteilungen und Expertenteams sowie dem breiten Angebot an zu erbringenden Gesundheitsleistungen jeweils ad hoc und spontan Entscheidungen hervorbringt. Vielmehr müssen ein zeitüberdauerndes «Repertoire» (Rüegg-Stürm & Grand 2019) und ein «Netz» (Nicolini 2012) von routinisierten Entscheidungs-Praktiken bereitstehen, um eine Wertschöpfung arbeitsteilig und effizient erbringen und um *wirkungsvoll mit Komplexität umgehen* zu können (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 164).

Eine Organisationseinheit innerhalb des Spitals ist im hohen Masse auf eine kollektiv geteilte Entscheidungs-Praxis angewiesen: die *interdisziplinäre Notfallstation*. Um Notfallpatientinnen effizient behandeln und an nachgelagerte Abteilungen überweisen zu können, müssen die Arbeitstätigkeiten und die Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen (z.B. Pflegefachpersonen, Chirurgen, Internisten, Radiologen, Medizinische Praxisangestellte, Management-Teams etc.) und Organisationseinheiten (z.B. Rettungsdienste, Intensivstation, Bettenstationen, IT-Abteilung etc.) koordiniert werden. Es ist nicht vorstellbar, dass die notfallmässige Versorgung einer Wunde nur dank der Expertise einer Chirurgin erfolgen kann. Vielmehr bedarf es vieler der Wundversorgung vor- und nachgelagerten Aktivitäten, bei denen zwangsläufig verschiedene Berufsgruppen und Organisationseinheiten involviert werden – und bei all diesen Aktivitäten müssen *kollektive Formen der Entscheidungsfindung* bereitstehen und mobilisiert werden können. Die Wertschöpfung einer Notfallstation, angefangen von der Patientenaufnahme, Triage, Anamnese, Diagnostik, Überwachung, Therapie, Dokumentation bis zur Entlassung oder Verlegung eines Patienten kann als ein *komplexes Netz von räumlich und zeitlich verteilt stattfindenden Entscheidungs-Praktiken* beschrieben werden (Gherardi & Nicolini 2002; Nicolini 2012; Rüegg-Stürm & Grand 2019), an denen *unterschiedliche Berufsgruppen aus diversen Organisationseinheiten* beteiligt sind. Es ist unbestritten, dass in jeder Organisation Koordination zwischen Organisationseinheiten notwendig ist und dass es dafür gemeinsame Formen der Entscheidungsfindung braucht. Speziell an der Notfallstation ist jedoch, dass die zu erbringende Kernwertschöpfung im hohen Masse eine *kollektive und interdisziplinäre Leistung* ist. Entscheidungen entlang des Behandlungsprozesses müssen *zeiteffizient, routinisiert und unter hohem Entscheidungsdruck* getroffen werden. Wie aber kann eine Notfallstation, die prozessual

Einzelentscheidungen, sondern aus routinisierten, kollektiven Bündeln von Handlungen und Entscheidungen, an denen verschiedene Personen beteiligt sind und die räumlich und zeitlich verteilt stattfinden (Nicolini & Monteiro 2017; Rüegg-Stürm & Grand 2019: 163ff). Entscheidungs-Praktiken sind breit zu verstehen: Sowohl Wertschöpfungsprozesse als auch die Gestaltung dieser Wertschöpfungsprozesse bestehen aus diversen Entscheidungs-Praktiken.

stark mit anderen Organisationseinheiten vernetzt ist, eine *eigene Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit* sowie eine kollektive Entscheidungs-Praxis aufbauen?

Diese Frage bildet den gedanklichen Ausgangspunkt der vorliegenden Dissertation und wird am Beispiel einer Schweizer Notfallstation thematisiert. Der analysierten zentralen Notfallstation (ZNS) ist es in einem langjährigen Entwicklungsprozess gelungen, eine organisationale Entscheidungs-Praxis aufzubauen. Ohne die Notfallstation als Best-Practice-Beispiel darstellen zu wollen, kann von diesem Einzelfall viel über den *Aufbau einer Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit* in pluralistischen Expertenorganisationen gelernt werden. Um einen ersten Einblick in den Entwicklungsprozess der besagten Notfallstation zu ermöglichen und um die empirische Problemstellung dieser Dissertation genauer zu fassen, wird der Transformationsprozess untenstehend anhand zweier episodenartigen Rückblenden aus dem Jahr 2014 und 2020 skizziert.

August, 2014: Eine Notfallstation in der Krise

Im August 2014 richten die Pflegefachpersonen der Notfallstation einen Brief an die Geschäftsleitung des Spitals: Sie befürchten, dass sie den operativen Betrieb nicht mehr länger aufrechterhalten können. Neben personellen und infrastrukturellen Engpässen werden die mangelnde Definition von Prozess- und Behandlungsabläufen sowie unstrukturierte Formen der Zusammenarbeit und Entscheidungsfindung kritisiert. Es gibt keine funktionierende Triage, und die Koordination zwischen Pflegefachpersonen und Ärzteschaft erfolgt ungeregelt. Die Kritik der Mitarbeitenden richtet sich unter anderem an das Organisations- und Führungsmodell der Notfallstation. Die Notfallstation wird von Mitarbeitenden als «führungslos», «verlassenes Schiff» und «Abfalleimer des Spitals» (I-PF-8) beschrieben, denn die Interessen der Notfallstation werden im Spital kaum vertreten. Nicht nur die Pflegefachpersonen sind mit den vorherrschenden Bedingungen unzufrieden, auch das ärztliche Personal leistet nur ungern Dienst auf der Notfallstation. Der Geschäftsleitung droht seitens des Pflegepersonals eine Massenkündigung.

Eine Pflegeperson der Notfallstation beschreibt die Situation in ihren eigenen Worten: «Es sind essenzielle Sachen, die hier fehlen. Es fehlt an Richtlinien, an Schemas, an Abläufen, an einer richtigen Triage. Es herrschten Personalmangel, Unzufriedenheit, Respektlosigkeit gegenüber der Leitungspersonen, und viele haben Überstunden. Hier macht jeder, was er will, wie er will und wann er will (I-PF-7). […] Der Notfall ist immer wieder ein bisschen missbraucht worden, wenn ich dieses Wort benutzen darf, von ärztlicher Seite als Sprungbrett für einen leitenden Arzt.

Man hat dann den Notfall zugeordnet bekommen und sich aber nicht wirklich dafür interessiert. Wir hatten hier nie jemanden im Haus, der uns nach oben vertreten hat» (I-PF-1).

Februar, 2020: Eine Notfallstation etabliert Entscheidungs-Praktiken

Das sechsköpfige interdisziplinäre Management-Team, das jede zweite Woche über operative und strategische Anliegen der Notfallstation tagt, stellt an einer Sitzung fest, dass die Stimmung im Behandlungsteam trotz hohem Patientenaufkommen und intensiven Wintermonaten spürbar positiv ist (TB-102). Laut dem Management-Team ist die Kollaborationsbereitschaft unter den Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen und Organisationseinheiten gestiegen (RW-9). Obwohl das Patientenaufkommen in den letzten Jahren laufend zugenommen hat, können Patienten effizienter behandelt werden. Das Personal und die Infrastruktur des Notfalls kann durch eine neu gegründete hausärztliche Notfallpraxis entlastet werden. Auch das Behandlungsteam ist über die letzten Jahre kontinuierlich gewachsen und mit den medizinischen Praxisangestellten (MPA) konnte eine neue Berufsgruppe in die Arbeitsprozesse integriert werden. Die Notfallstation verfügt über ein Betriebskonzept, in dem Behandlungsprozesse und Entscheidungs-Praktiken wie Patientenaufnahme, Triage, Anamnese, Schockraum-Konzept, Patientenübergaben und Verlegungen definiert werden und im Arbeitsalltag Anwendung finden.

Eine chirurgische Assistenzärztin, die regelmässig auf der Notfallstation Dienst leistet, beschreibt die Situation in ihren eigenen Worten: «In keiner anderen Abteilung wurden die Prozesse und Abläufe so stark verändert wie auf dem Notfall. Beispielsweise arbeitet die Pflege hier sehr eigenständig, und die Zusammenarbeit und Arbeitsteilung untereinander ist besser geworden. Die Prozesse sind sehr effizient, und die Triage funktioniert gut. Die Patientenaufnahme, die durch medizinische Praxisangestellte bedient wird, hat eine grosse Entlastung für uns Assistenzärzte geschaffen. Es ist kein Vergleich mit 2014, als ich das erste Mal hier auf dem Notfall arbeiten musste» (S-18).

Diese Rückblenden sind simplifizierend und geben komplexe Geschehnisse in kondensierter Weise wieder. Sie basieren auf der Analyse von Dokumenten und Interviewaussagen und präsentieren somit eine (von mehreren möglichen!) Sichtweisen auf den Transformationsprozess der Notfallstation. Nichtsdestotrotz illustrieren die Schilderungen, welch deutliche Entwicklung die Notfallstation durchlaufen hat. Im August 2014 scheint es *kaum kollektive und auf regelbasierende Formen der Entscheidungsfindung*

gegeben zu haben. Die Aussage einer Pflegefachperson, es fehle an routinisierten Prozess- und Behandlungsabläufen und jeder mache *«was er will, wie er will und wann er will»* (I-PF-7), deuten nicht auf förderliche Zustände für das Gelingen der Kernwertschöpfung hin. Laut der Mitarbeitenden scheint dies auch eine Folge des *Organisations- und Führungsmodells* zu sein, das es nicht erlaubt, Entscheidungs-Praktiken zu definieren und die Interessen des Notfalls im Spital zu vertreten. Die Schilderungen von Mitarbeitenden aus dem Februar 2020 zeichnen hingegen ein verändertes Bild: Scheinbar hat sich die Notfallstation aus ihrer Rolle als ehemaliger «Abfalleimer des Spitals» emanzipiert und wird nicht mehr länger als «verlassenes Schiff» wahrgenommen (I-PF-8). Die Notfallstation verfügt über ein *Betriebskonzept*, worin Behandlungsprozesse geregelt sind. Der Notfall hat sich für Mitarbeitende unterschiedlicher Berufsgruppen spürbar transformiert. Wie ist dieser Entwicklungsprozess zu erklären? Wie gelang es der Notfallstation eine *Entscheidungs-Praxis* und eine *Entscheidungsfähigkeit* aufzubauen? Auf diese praxisrelevante Problemstellung versucht diese Dissertation mithilfe einer qualitativen Einzelfallstudie eine Antwort zu finden.

1.2 Herleitung der Forschungsfrage

Nachdem die empirische Problemstellung skizziert wurde, die diese Forschung motiviert hat, wird in diesem Kapitel 1.2 die Fragestellung der Dissertation hergeleitet. Es wird gezeigt, mit welcher wissenschaftlichen Theorie- und Analysebrille diese Fragestellung in der Folge beantwortet wird.

Die Problemstellung rückt die Frage ins Zentrum, wie es in einer pluralistischen Expertenorganisation gelingen kann, eine organisationale Entscheidungsfähigkeit sowie kollektiv geteilte Entscheidungs-Praktiken aufzubauen. Diese Frage trifft den Kern dessen, was Organisationen auszeichnet: Laut der Systemtheorie von Niklas Luhmann (2002, 2000, 1999, 1992) sind *Organisationen als Entscheidungssysteme* zu verstehen. Das was Organisationen ausmacht, ist die kontinuierliche Produktion von sinnhaft miteinander verknüpften, kollektiv bindenden Entscheidungen (Luhmann 2000). In pluralistischen Expertenorganisationen wie Spitälern ist dies besonders anspruchsvoll, da Berufsgruppen mit heterogenen Erfolgsvorstellungen und Mitarbeitende aus diversen Organisationseinheiten an Entscheidungsprozessen beteiligt sind (Tuckermann 2013b). Unter *pluralistischen Expertenorganisationen* werden in dieser Arbeit Organisationen verstanden, deren Wertschöpfungsprozesse und -ergebnisse sich an verschiedenen Umweltsphären (z.B. Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und Ethik) orientieren (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 28). In Organisationen, die nicht mono-rational funktionieren, also

in denen z.B. nicht nur eine ökonomische Rationalität dominiert, und die mit multiplen Erfolgserwartungen konfrontiert werden, ist *Entscheiden fragil*. Entscheiden bedeutet in pluralistischen Expertenorganisationen immer *kollektives Entscheiden*, denn es sind verschiedene räumlich und zeitlich verteilt arbeitende Akteure in Entscheidungsprozesse zu integrieren. Um zu erklären, wie es in solchen organisationalen Kontexten überhaupt zu kollektiv geteilten und routinisierten Formen von Entscheidungs-Praktiken kommen kann, wird ein systemtheoretisches Argument (Luhmann 2000, 1999, 1984) mobilisiert: Organisationen können nur dann eine spezifische Form des Prozessierens von Sinn und eine Entscheidungs-Praxis aufbauen, wenn sie über eine *Grenze* zu ihrer Umwelt verfügen. Es ist diese *Grenze zur Umwelt*, die es einem System ermöglicht, eine organisationale Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit sowie konkrete Formen der Entscheidungsfindung zu etablieren. Das systemtheoretische Verständnis von Grenzen unterscheidet sich grundlegend vom *Alltagsverständnis dieses Begriffs*. Mit Grenzen sind keine territorialen Zonen oder rechtlich-formale Festlegungen gemeint. Mit dem Begriff der «Grenze» werden in dieser Arbeit «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) bezeichnet. Grenzen entscheiden darüber, welche Erwartungen in einem sozialen System wechselseitig unterstellt werden können und schaffen *Erwartungsräume und Erwartungssicherheiten*. Kollektives Handeln und die kontinuierliche Produktion von Entscheidungen sind nur möglich, wenn ein *bestimmtes Mass an Erwartungssicherheit* vorliegt, an dem sich Organisationsmitglieder orientieren und dank dessen die Ausführung bestimmter Praktiken wechselseitig unterstellt werden kann. Erst *dank Grenzen werden Handlungen erwartbar* (Luhmann 1999: 60) und es können komplexe, arbeitsteilige Handlungsabfolgen aufgebaut werden. Ohne eine Grenze ist eine Organisation weder entscheidungs- noch existenzfähig und *zerfliesst im Chaos wechselnder Umwelteinflüsse* (Willke 1992: 22), so eine zentrale Grundannahme der Systemtheorie. Grenzen definieren, wer, wann, was, wie in einem System entscheidet. Paradox dabei ist, dass das Zustandekommen von Entscheidungs-Praktiken auf Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen angewiesen ist, diese Grenzen aber erst durch konkrete Entscheidungs-Praktiken entstehen. Anders ausgedrückt: Die autopoietische Produktion von Entscheidungen bedingt Grenzen und entwickelt gleichzeitig Grenzen.

In der viel beschworenen «VUCA-Welt»[3] dominieren gerade gegenteilige Annahmen. Es wird mehr Agilität, Anpassungsfähigkeit und *Offenheit gegenüber Umweltveränderungen* gefordert (Ashkenas, Ulrich et al. 2002; Eisenhardt & Brown 1998; Kellogg, Orlikowski et

[3] Das Akronym VUCA steht für volatility, uncertainty, complexity und ambiguity und geht ursprünglich auf Forschung des US-amerikanischen Militärs zurück (siehe dazu Whiteman 1998).

al. 2006; Siggelkow & Rivkin 2005). Die systemtheoretische These von Organisationen als soziale Systeme, die sich über Grenzen von ihren Umwelten unterscheiden (Luhmann 1984), scheint im Zeitalter *agiler und fluider Organisationsformen* nicht mehr zeitgemäss zu sein. Viele Forschungsansätze propagieren die *Flexibilisierung und Verflüssigung* von Organisationsgrenzen (z.B. Piller & Reichwald 2009), wobei oftmals unklar bleibt, was mit dieser Verflüssigung von Grenzen konkret gemeint ist. Die Systemtheorie hingegen zeigt, wie zentral Grenzen und die Gestaltung von Grenzen für die Entstehung von Organisationen sind, insbesondere für den Aufbau der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit. Luhmann schlägt einen wenig beachteten Mittelweg vor: Organisationen sind nicht nur über eine Grenze *geschlossen*, sondern gleichzeitig auch *umweltoffen*. Sie konstituieren sich über die System-Umwelt-Differenz und sind auf Basis ihrer Entscheidungen zwar operativ geschlossen, gerade diese Geschlossenheit ist jedoch die Voraussetzung für ihre kommunikative Offenheit (Luhmann 2000: 54). Es ist die *Balance von Offenheit und Geschlossenheit,* d.h. die *kommunikative Selektivität*, die soziale Systeme überlebensfähig macht. Die Entstehung und Weiterentwicklung der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit einer Organisation ist dabei abhängig vom Aufbau und der kontinuierlichen Neujustierung von Grenzen und der kommunikativen Resonanz eines Systems. Durch *Prozesse der Grenzschliessung* entstehen Erwartungssicherheiten, und koordiniertes Entscheiden und Handeln wird möglich (Tacke 1997: 16). *Prozesse der Öffnung von Grenzen* versorgen Organisationen mit neuen Informationen und sichern ihre Überlebensfähigkeit in einer sich wandelnden Umwelt (Arndt 2007: 228; Tacke 1997: 16ff).

In Anlehnung an diese systemtheoretischen Überlegungen wird in dieser Dissertation von der Grundthese ausgegangen, dass der Aufbau einer Entscheidungs-Praxis und einer Entscheidungsfähigkeit in einer pluralistischen Expertenorganisation nur dank der *kontinuierlichen Gestaltung und Verfertigung von Grenzen* gelingen kann. Organisationen müssen *ihre Grenzen dynamisch öffnen und schliessen* sowie ihre kommunikative Selektivität laufend anpassen, wenn sie ihre Existenz in einer unkontrollierbaren Umwelt erhalten wollen (Luhmann 2018: 323). In dieser Dissertation wird aus einer systemtheoretischen Perspektive gezeigt, wie die Entstehung einer organisationsspezifischen Entscheidungs-Praxis über Prozesse des Öffnens und Schliessens und über die Verfertigung von Grenzen gelingen kann. Die Dissertation folgt dabei den Überlegungen von Schreyögg & Sydow (2010), Ortmann & Sydow (2003), Heidenreich, Hiller et al. (2018), Arndt (2007) und Willke (1992), die auf jeweils unterschiedliche Weise das Argument stark machen, dass die Entstehung und Weiterentwicklung einer

Organisation, auch oder vielleicht gerade in sich verändernden Umwelten, auf Grenzen und einen reflexiven Umgang mit derselbigen angewiesen sind.

Aufgrund dieser Überlegungen ergibt sich die folgende Forschungsfrage, die in dieser Dissertation schrittweise beantwortet wird:

Wie entstehen in einer pluralistischen Expertenorganisation Grenzen als Voraussetzung für den Aufbau einer organisationalen Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungs-Praxis?

Diese Frage wird am Beispiel einer Schweizer Notfallstation thematisiert. Als konzeptioneller und theoretischer Bezugsrahmen werden die neuere Systemtheorie von Niklas Luhmann sowie praxistheoretische Argumente (Nicolini & Monteiro 2017; Nicolini 2012, 2009) verwendet. Diese zwei Perspektiven bieten ein fundiertes theoretisches Gerüst an, um empirische Entwicklungsprozesse und die Entstehung einer organisationalen Entscheidungs-Praxis und Entscheidungsfähigkeit zu rekonstruieren. Die Dissertation steht dabei in der Tradition anwendungsorientierter Organisations- und Managementforschung, wie sie von Ulrich (2001) eingefordert wird. Mit feldnahen, rekonstruierenden Forschungsmethoden soll ein empirischer Einzelfall aus einer systemtheoretisch informierten Perspektive analysiert und daraus Konsequenzen für Management-Verantwortliche in Expertenorganisationen abgeleitet werden.

1.3 Praktische und wissenschaftliche Relevanz

Diese anwendungsorientierte Arbeit hat den Anspruch, von *praktischer und wissenschaftlicher Relevanz* zu sein. Die diskutierte Problemstellung, wie die Notfallstation eine eigene Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungs-Praxis aufbauen kann, ist für viele Organisationen des Gesundheitswesens wichtig. In interprofessionellen und interdisziplinären Kontexten *schnell zu tragfähigen und kollektiven Entscheidungen* zu gelangen, ist eine zentrale organisationale Fähigkeit und wird in der modernen Welt, die von Flüchtigkeit, Ungewissheit, Komplexität und Ambiguität geprägt ist, zunehmend bedeutsamer. Gerade wenn der Entscheidungsdruck steigt und laufend eine Vielzahl an unterschiedlichen Entscheidungen getroffen werden müssen, ist es zentral, dass *kollektiv geteilte und bewährte Formen der Entscheidungsfindung* vorliegen und mobilisiert werden (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 119ff). Das Zustandekommen von kollektiven Entscheidungen ist auch deshalb herausfordernd, weil Akteure des Gesundheitswesens oftmals einen *hohen Autonomieanspruch* haben und sich als «Experten in eigener Sache»

verstehen (Tuckermann 2013b). Diese von Health Professionals oftmals eingeforderte individuelle Entscheidungsautonomie führt auf Ebene des Gesamtsystems zu einer *hohen kollektiven Ungewissheit,* wie Entscheidungen *in der Regel* zustande kommen. Die Erbringung von Gesundheitsleistungen ist aber auf eine routinisierte und *kollektiv geteilte Entscheidungs-Praxis* angewiesen (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 163ff).

Etwas allgemein kann gesagt werden, dass die *Anforderungen an Entscheidungsprozesse* im Gesundheitswesen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen sind: Die Komplexität von Behandlungsprozessen nimmt zu, die Anzahl multimorbider Krankheiten steigt, es entstehen technische Schnittstellenprobleme aufgrund von unterschiedlich schnell fortschreitenden Digitalisierungsanstrengungen und Insellösungen, das Personal und das Patientengut wird internationaler, und Disziplinen und Expertenwissen spezialisieren sich weiter. Die *Aussen- und Binnenkomplexität* und mit ihr der *Entscheidungsdruck auf Organisationen des Gesundheitswesens* nehmen kontinuierlich zu. Diese Entwicklungstrends machen Entscheidungsprozesse anspruchsvoller, und es entsteht die Notwendigkeit, dass Entscheidungen zwischen Abteilungen und Organisationseinheiten koordiniert werden müssen. Auch für eine *integrierte Gesundheitsversorgung* wird die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern zu einer wichtigen Erfolgsvoraussetzung (Mitterlechner 2018). Trotz der Notwendigkeit der organisationsübergreifenden Kollaboration muss eine Organisation gleichzeitig auch ihre eigene Entscheidungs-Praxis ausbilden und stabilisieren können, damit sie handlungsfähig bleibt und nicht, wie Willke (1992: 22) sagen würde, im Chaos wechselnder Umwelteinflüsse zerfliesst. Sie muss einen produktiven Umgang mit den Spannungsfeldern Abhängigkeit und Autonomie, Fremd- und Selbstbestimmung sowie *kommunikativer Offenheit* und *operativer Geschlossenheit* finden (Luhmann 1999; Willke 1992). Die analysierte Notfallstation ist stärker als andere Organisationseinheiten im Spital mit diesen Spannungsfeldern konfrontiert. Sie hat in einem langjährigen Entwicklungsprozess gelernt, wie sie trotz vielseitigen Abhängigkeiten zu ihren Umwelten ihre Entscheidungsfähigkeit bewahren kann. Aus diesem Entwicklungsprozess können wertvolle Erkenntnisse für Management-Verantwortliche des Gesundheitswesens abgeleitet werden.

Es sind allerdings nicht nur Organisationen des Gesundheitswesens, die in diesen Spannungsfeldern agieren. In vielen Organisationen ist eine zunehmende Spezialisierung von Expertise sowie eine gesteigerte Arbeitsteilung und Fragmentierung zu beobachten. Die Zusammensetzung von Belegschaften wird in vielen Branchen heterogener, und die Formen kollaborativer Arrangements innerhalb und zwischen Organisationen werden vielfältiger (Denis, Langley et al. 2012; Denis, Langley et al. 2010; Rüegg-Stürm & Grand

2019). Organisationen erbringen ihre Leistungen *immer weniger alleine*, sondern zusammen mit anderen Organisationen in *arbeitsteiligen Wertschöpfungsnetzwerken und Ökosystemen* (Fleisch 2001; Rüegg-Stürm & Grand 2019: 159). Diese Spezialisierung innerhalb und zwischen Organisationen erhöht die Notwendigkeit von *kollektiv geteilten Entscheidungsprozessen*. Für eine erfolgreiche Wertschöpfung müssen die dezentralisiert arbeitenden Teams, Abteilungen und Organisationseinheiten *integriert* werden. Im Kontext räumlich und zeitlich verteilter Entscheidungsprozesse und der *zunehmenden Vernetzung von Organisationen* erscheint es aber umso wichtiger, dass eine Organisation eine eigene Entscheidungsfähigkeit aufrechterhalten und ihre Entscheidungs-Praxis eigenständig weiterentwickeln kann.

Darüber hinaus ist diese Arbeit auch wissenschaftlich relevant. Die Beschäftigung mit dem Thema der Organisationsgrenzen ist zwar keineswegs ein Novum und kennt eine lange wissenschaftliche Tradition (Lamont & Molnár 2002). In zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen wurden empirische Phänomene mit Verweis auf Organisationsgrenzen thematisiert, wie z.B. Inklusion und Exklusion, Differenzierung und Integration, Machtdynamiken, Sinnstiftungs-, Identitätsbildungs-, Innovations- und Lernprozesse (Langley, Lindberg et al. 2019: 704). Trotz dieser langen Forschungstradition hat die *Bedeutung der Erforschung von Grenzen für die Erklärung organisationaler Phänomene* nichts an Aktualität verloren, ganz im Gegenteil. In den letzten Jahren hat das Thema geradezu ein Revival erfahren. Dies hat vor allem damit zu tun, dass Grenzen in unserer vernetzten Wirtschaft auf verschiedenen Ebenen in Bewegung geraten sind und die Art der Zusammenarbeit in Organisationen radikal transformiert haben: Spätestens seit der Entdeckung der post-bürokratischen Organisation stehen die Zeiger der Zeit auf *mehr Offenheit und auf durchlässigere Organisationsgrenzen*, um schneller auf Veränderungen der Umwelt reagieren zu können, Agilität zu fördern, Trägheit zu überwinden und Innovation zu ermöglichen (Barberio, Höllerer et al. 2018; Porschen-Hueck, Weihrich et al. 2018). Begriffe wie «innovation ecosystems» (Shipilov & Gawer 2020) oder «strategische Netzwerke» (Sydow 1992) machen deutlich, dass viele gesellschaftliche Probleme nicht von nur einer Organisation alleine bewältigt werden können. Kooperation tritt häufiger an die Stelle von Konkurrenz, und netzwerkartige Zusammenschlüsse stellen traditionelle Organisationskonzepte infrage. Moderne Organisationen sollen ihre *Grenzen zugunsten intraorganisationaler Kollaboration permeabler* gestalten, so die implizite Forderung vieler wissenschaftlicher Beiträge (z.B. Scott & Davis 2016). Als Folge dieser *Öffnung von Systemgrenzen* ist eine *Vielzahl neuer Organisationsformen* entstanden (siehe dazu Palmer, Benveniste et al. 2007), wie die «virtuelle Organisation» (DeSanctis & Monge

1999), «temporale Organisationen» (Lundin & Söderholm 1995), «projektbasierte Organisation» (Sydow & Braun 2017) oder «netzwerkartige Organisation» (Hedlund 1994; Rüegg-Stürm & Young 2000). In ähnlicher Weise werden nicht nur Grenzen von und zwischen, sondern auch innerhalb von Organisationen neu geordnet: Mit einem konsequenten «Business Process Reengineering» (Hammer & Champy 1993) oder mithilfe von «Lean Management» (Ohno 2013) soll die *Grenz- und Silobildung zwischen einzelnen Abteilungen* zugunsten einer organisationsübergreifenden und prozessorientierten Zusammenarbeit aufgebrochen werden.

Der *Ruf nach durchlässigen Organisationsgrenzen* wird in der wissenschaftlichen Forschung aber auch kritisch diskutiert. So stellen Heidenreich, Hiller et al. (2018: 170) das *Postulat der Offenheit von Organisationsgrenzen* infrage und argumentieren mit Verweis auf die neuere Systemtheorie, dass Organisationen versuchen, ihre Operationslogik zu verteidigen und sich und ihre Grenzen gegen Eingriffe von aussen schützen. Auch nach Schreyögg & Sydow (2010) Ortmann & Sydow (2003), Arndt (2007) und Willke (1992) können Organisationen ohne Grenzen nicht Bestand haben: «[…] the idea of promoting organizational fluidity would imply losing the very essence of organizing», so Schreyögg & Sydow (2010: 1251). Diese Dissertation folgt ihrer Argumentationslinie und versucht mit Rückgriff auf die Systemtheorie zu zeigen, dass Organisationen gerade in komplexen und sich verändernden Umwelten auf Grenzen und deren reflexive Gestaltung angewiesen sind. Nicht die Durchlässigkeit von Organisationsgrenzen ist entscheidend, sondern die *Balance von Offenheit und Geschlossenheit*, so die Annahme. Das systemtheoretische Verständnis von Organisationsgrenzen wird deshalb für diese Arbeit mobilisiert, weil dadurch die in der aktuellen Debatte um «new forms of organizing» erneut entfachte Streitfrage, ob soziale Systeme offen oder geschlossen, ihre Grenzen fluid oder starr sind (siehe dazu Heidenreich, Hiller et al. 2018; Ringel, Hiller et al. 2018), beigelegt werden kann. Organisationen, so die hier vertretene These, sind beides und die *Gleichzeitigkeit zwischen operativer Geschlossenheit und kommunikativer Offenheit* machen sie lebensfähig (Luhmann 2000: 54). Die Bedeutung von Organisationsgrenzen wurde bereits für unterschiedliche Phänomene erforscht (Langley, Lindberg et al. 2019: 704). Ihre *Wichtigkeit für die Entwicklung einer spezifischen Entscheidungs-Praxis* wurde aber bisher vernachlässigt. Der spezifische Beitrag dieser Arbeit ist es zu zeigen, dass die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit einer Organisation im hohen Masse von Organisationsgrenzen bzw. ihrer reflexiven Gestaltung abhängt. Dabei konstituieren sich Grenzen und Entscheidungs-Praktiken wechselseitig: Anhand der präsentierten Fallstudie wird gezeigt, wie Grenzen in einem Transformationsprozess aufgebaut und dadurch

kollektiv geteilte Entscheidungs-Praktiken möglich gemacht werden. Gleichzeitig entstehen durch die Etablierung von Entscheidungs-Praktiken wiederum Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen, denn die autopoietische Produktion von Entscheidungen braucht Grenzen und entwickelt diese gleichzeitig.

Die in der Literatur verbreitete Annahme, dass Organisationen nur dann überleben, wenn sie ihre Grenzen öffnen und sich *Entwicklungstrends anpassen* (siehe dazu die Diskussion bei Heidenreich, Hiller et al. 2018), wird hier infrage gestellt. Basierend auf empirischem Material kann die These aufgestellt werden, dass dank der Öffnung *und* Schliessung von Grenzen eine Organisation eine eigene Entscheidungsfähigkeit aufbauen kann. Die Entwicklung von Grenzen und der Entscheidungs-Praxis wird dabei aus einer *prozessualen und kommunikationszentrierten Perspektive* untersucht: Sowohl Grenzen als auch die Entscheidungs-Praxis werden als *kollektive und kommunikative Errungenschaften* verstanden, und nicht als individuelle Festlegungen – eine Perspektive, die dem aktuellen Stand der Management- und Organisationsforschung entspricht (Hernes 2014, 2004; Langley, Lindberg et al. 2019; Tsoukas & Chia 2002).

1.4 Ziel und Aufbau der Dissertation

Es ist das *Ziel dieser Dissertation*, einen organisationalen Entwicklungsprozess zu beschreiben und dem Praxispartner eine «verständnisfördernde Perspektive zur Definition von Problemen sowie Fragen und Interpretationsmuster zu ihrer Lösung an die Hand zu geben» (Kubicek 1977: 29). Ein wichtiger Teil dieser Arbeit ist daher die Entwicklung eines dafür passenden Begriffsargumentariums (Teil B) sowie eine detaillierte Beschreibung des untersuchten Transformationsprozesses (Teil D). Aus der empirischen Analyse werden theoretisch generalisierte Erkenntnisse für den Aufbau einer organisationalen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit in pluralistischen Expertenorganisationen abgleitet (Teil E).

Empirische Management- und Organisationsforschung erfolgt nicht in einem linearen und vollständig kontrollierbaren Ablauf, sondern vielmehr in einem *Kreations- und Lernprozess* voller Iterationen und Überraschungen (Yin 2009). Nichtsdestotrotz müssen wissenschaftliche Argumente und Erkenntnisse schliesslich in einer linearen Form präsentiert werden. Die vorliegende Arbeit ist daher in fünf aufeinander aufbauende Teile gegliedert und folgendermassen strukturiert:

Teil A – Einleitung und Aufbau der Dissertation

Im Teil A wird die empirische Problemstellung dargestellt, die den gedanklichen Ausgangspunkt dieser Forschungsarbeit bildet. Das Forschungsinteresse und die Forschungsfrage, wie in einer pluralistischen Expertenorganisation Grenzen als Voraussetzung für den Aufbau einer organisationalen Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungs-Praxis entstehen, wird erläutert. Schliesslich wird die praktische und wissenschaftliche Relevanz dieser Frage dargelegt.

Teil B – Theoretische Grundlagen und Analysebrille

Im Teil B wird die spezifische Beobachtungs- und Analysebrille erläutert, mithilfe derer das empirische Material ausgewertet wird. Die für diese Dissertation zentralen Begriffe «Entscheidung» und «Entscheidungs-Praxis» werden aus einer systemtheoretischen und praxistheoretischen Perspektive beschrieben. Es wird erklärt, was die Besonderheiten organisationaler Entscheidungen sind und wie Entscheidungen in der Empirie beobachtet werden können. Der systemtheoretische Entscheidungsbegriff wird mit praxistheoretischen Argumenten komplementiert und zum Begriff der «Entscheidungs-Praxis» weiterentwickelt. Das dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis von Entscheidungs-Praxis wird erläutert. Da in Anlehnung an die Systemtheorie davon ausgegangen wird, dass die organisationale Entscheidungsfähigkeit und der Aufbau von Entscheidungs-Praktiken auf Grenzen angewiesen sind, werden in der Folge einschlägige Forschungsansätze zu Grenzen vorgestellt und gewürdigt. Der Fokus liegt schliesslich auf dem systemtheoretischen Verständnis von Grenzen, das ausführlich dargestellt wird. Dabei wird herausgearbeitet, welche Bedeutung dem systemtheoretischen Grenzbegriff für den Aufbau einer förderlichen Entscheidungs-Praxis zukommt.

Teil C – Methodologie

Wissenschaft muss offen legen, auf welchen epistemologischen Grundannahmen sie fusst und wie auf soziale Realität zugegriffen wird. Im Teil C wird daher auf das Forschungsverständnis, auf den methodologischen Ansatz sowie auf den Forschungsprozess dieser Dissertation eingegangen. Es wird dargelegt, dass hier von einem konstruktivistischen Verständnis ausgegangen und Forschung als Rekonstruktion von Praxis und Beobachtung zweiter Ordnung verstanden wird. Dies hat weitreichende Konsequenzen auf den methodologischen Ansatz und das Forschungsdesign: Die vorliegende Studie ist als longitudinale Einzelfallstudie konzipiert und arbeitet mit rekonstruierenden und feldnahen Methoden. Der durchlaufene Forschungsprozess wird

transparent gemacht, die Unit of Analysis definiert und die angewendeten Methoden der Datenerhebung und -auswertung werden beschrieben.

Teil D – Empirische Analyse

Das Herzstück der Arbeit bildet die empirische Analyse, bei der das Datenmaterial mit der entwickelten Theoriebrille analysiert und interpretiert wird. Zunächst wird in die Fallstudie eingeführt, die analysierte Notfallstation porträtiert und auf ihre spezifische organisationale Einbettung eingegangen. Die Transformation der Notfallstation und der Aufbau von Entscheidungs-Praktiken erfolgt in drei Entwicklungsphasen. Diese werden in einem ersten Schritt überblicksmässig dargestellt. In einem zweiten Schritt wird auf die einzelnen Entwicklungsphasen im Detail eingegangen: Die beobachteten Prozesse der Öffnung und Schliessung sowie die Entwicklung der Entscheidungs-Praxis werden pro Phase dargestellt und eine «dichte Beschreibung» (Geertz 1983) des Falls entwickelt. Dabei wird darauf geachtet, dass theoretische Interpretationen und Erkenntnisse im empirischen Material verankert sind, weshalb die Analyse mit idealtypischen Zitaten und Vignetten arbeitet. Die zentralen Erkenntnisse werden für jede Entwicklungsphase in einem Fazit festgehalten.

Teil E – Erkenntnisse und Reflexion

Im Teil E wird die Forschungsfrage abschliessend diskutiert. Durch eine stärkere Abstraktion vom empirischen Einzelfall werden allgemeine und theoretisch generalisierte Erkenntnisse für den Aufbau der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit in pluralistischen Expertenorganisationen abgeleitet. Es wird erläutert, wie Grenzen entstehen: Sie entwickeln und verfertigen sich fortlaufend über die strukturelle Ausdifferenzierung eines Systems. Grenzen können gleichzeitig aber auch reflexiv gestaltet und bearbeitet werden. Die theoretischen Beiträge zur Forschung von Grenzen, die sich aus der Analyse des Einzelfalls und aus der Beschäftigung mit der Theorie ergeben haben, werden dargestellt. In einem Schlussteil werden die wissenschaftlichen und praktischen Implikationen dieser Dissertation zusammengefasst, auf die Limitationen der Arbeit eingegangen und weitere mögliche Forschungsfelder skizziert.

Teil B: Theoretische Grundlagen und Analysebrille

2. Der Entscheidungsbegriff aus einer systemtheoretischen Perspektive

Der Begriff der «Entscheidung» nimmt in dieser Dissertation eine prominente Stellung ein. In den folgenden Kapiteln 2.1 und 2.2 wird aus der Perspektive der neueren Systemtheorie (Luhmann 2002, 2000, 1999, 1984) im Sinne einer Einführung und Begriffsdefinition erläutert, was unter Entscheidungen zu verstehen ist und worin die Besonderheiten organisationaler Entscheidungen liegen. Die Theorieperspektive von Luhmann wird deshalb für diese Dissertation herangezogen, weil sie ein überzeugendes und prozessuales Verständnis von Entscheidungen postuliert, wonach Entscheidungen mehr sind als eine von einem Individuum getroffene rationale Wahl für eine von mehreren Handlungsoptionen. Dieses prozessuale Verständnis entspricht dem aktuellen Stand der Management- und Organisationsforschung (Hernes 2014, 2004; Langley, Lindberg et al. 2019; Tsoukas & Chia 2002). Zudem ist das systemtheoretische Verständnis von Entscheidungen konzeptionell eng verknüpft mit dem Grenzbegriff und unterstützt somit die Gesamtargumentation dieser Dissertation. Da Entscheidungen aus der hier gewählten Theorieperspektive nicht mit individuellen Handlungen gleichgesetzt werden können, wird im Kapitel 2.3 erläutert, wie Entscheidungen in Organisationen beobachtet und analysiert werden können.

2.1 Entscheidungen sind kollektive Kommunikationsprozesse

Viele ökonomische und betriebswirtschaftliche Theorien gehen von der Annahme eines *souverän und zweckrational handelnden Individuums* aus (z.B. Coleman 1991). Aus der Perspektive dieser Theorien sind Entscheidungen eine *kognitive Auswahl* einer aus mehreren möglichen Handlungsoptionen. Individuen versuchen Entscheidungen so zu treffen, dass sie möglichst zur Maximierung ihres Nutzens beitragen. Es wird zwar eingeräumt, dass Individuen ihre Realität nur begrenzt erfassen können und in Entscheidungssituationen nie vollständige Informationstransparenz herrscht (March & Simon 1958). Der Glaube an die Rationalitätsprämisse von Entscheidungen hält sich dennoch hartnäckig (Höver 2013)[4]. Die Systemtheorie bricht mit der Vorstellung, dass Entscheidungen psychische Festlegungen sind, die durch (beschränkt) rational handelnde Individuen hervorgebracht werden. Vielmehr sind Entscheidungen *soziale Ereignisse*, die in und durch *Kommunikationsprozesse* zustande kommen. Zwar können Entscheidungen nicht ohne die Beteiligung von Personen bzw. ohne eine Kopplung zu ihren psychischen

[4] Eine Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Entscheidungsbegriffen in der wissenschaftlichen Literatur findet sich bei Langley, Mintzberg et al. (1995).

Systemen entstehen, Entscheidungen sind aber *nicht auf Intentionen oder Tätigkeiten von einzelnen Individuen reduzier- oder kausal rückführbar*:

> «Mit „Entscheidung“ ist […] nicht ein psychischer Vorgang gemeint, sondern eine Kommunikation; nicht ein psychisches Ereignis, eine bewußtseinsinterne Selbstfestlegung, sondern ein soziales Ereignis. Deshalb kann man auch nicht sagen, daß Entscheidungen, nachdem sie getroffen sind, noch kommuniziert werden müssen. Entscheidungen sind Kommunikationen - was natürlich nicht ausschließt, daß man über Entscheidungen kommunizieren kann» (Luhmann 1992: 166).

Entscheidungen sind aus dieser Theorieperspektive als Kommunikationsprozess zu verstehen, bei dem etwas ausgewählt und etwas anderes ausgeschlossen wird. Somit ist das Hervorbringen von Entscheidungen, oder von Kommunikation im Allgemeinen, ein *Prozessieren von Selektion* (Luhmann 1984: 194ff). Diese Selektion erfolgt an drei Stellen des Kommunikationsprozesses und setzt sich aus einer Einheit von *Information*, *Mitteilung* und *Verstehen* zusammen (Luhmann 1984: 197ff): Zuerst wird aus einem Repertoire von Möglichkeiten eine Information als mitteilungswürdige Information ausgewählt. In einem zweiten Schritt wird eine Mitteilungsform, beispielsweise ein Medium, oder ein spezifisches Verhalten selegiert, dass diese mitteilungswürdige Information vermittelt. Erst durch die dritte Selektion, durch das Verstehen und das Beobachten einer Differenz zwischen Information und Mitteilung, kommt letztendlich Kommunikation und darauf aufbauende Anschlusskommunikation zustande (Luhmann 1984: 195).

Hervorzuheben an diesem Verständnis von Kommunikation ist, dass Kommunikation nicht als ein Übertragen von Information angesehen wird, sondern als ein *sozialer und fragiler Interpretationsprozess.* Je nachdem, welche Bedeutung ein Empfänger einer Nachricht zuschreibt, erhält sie einen anderen Informationswert (Simon 2006: 56ff). Das Zustandekommen von Kommunikation und von kommunikativ verfertigten Entscheidungen ist daher grundsätzlich *unwahrscheinlich* (Luhmann 1984). Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass ein Empfänger eine Nachricht überhaupt erreicht, noch dass sie problemlos verstanden oder «entschlüsselt» werden kann. Auch wie eine Entscheidung wirkt, kann vom Sender einer Botschaft im Voraus nicht antizipiert werden – die Gefahr der Ablehnung einer Entscheidung läuft stets mit. Ob eine Entscheidung von einem Empfänger tatsächlich verstanden wird, kann ein Sender erst durch das Beobachten des kommunikativen Verhaltens des Empfängers und durch weitere Anschlusskommunikation feststellen. In der Kommunikation laufen *gegenseitige Verstehenskontrollen* ab (Luhmann

1984: 199), also Kommunikation über Kommunikation, wie beim Ausdruck «Wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann …» deutlich wird. Entscheidungsprozesse sind somit *rekursiv*, denn es kann nur in einem sozialen Aushandlungsprozess und über Rückschlüsse in der Kommunikation überprüft werden, wie Informationen verstanden werden. Daher können Entscheidungsprozesse nicht auf die Intentionen einzelner, rational handelnder Akteure zurückgeführt werden, sondern sind von wechselseitigen Unterstellungen, Verstehenskontrollen, Meta-Kommunikation und Anschlusskommunikationen abhängig (Vogd 2005: 53). Es wäre verfehlt zu glauben, dass das Individuum in dieser Theorieperspektive keinen Platz hat. Es braucht die *Beteiligung von Individuen*, damit diese Kommunikationsprozesse ins Rollen kommen und Entscheidungen produziert werden können. Obwohl im Alltag Entscheidungen oftmals einzelnen Personen *kommunikativ zugeschrieben werden* (Luhmann 2000: 136), sind sie aus der Theorieperspektive Luhmanns das *soziale Ergebnis kollektiver Aushandlungs-, Deutungs- und Kommunikationsprozesse*. Hervorzuheben ist vor allem die Einsicht Luhmanns, dass Individuen die Wirkungen ihrer Kommunikationen und Entscheidungen nicht «beherrschen» können. Das Individuum ist kein «souveräner» Entscheider, sondern das Zustandekommen von Entscheidungen unterliegt fragilen und eigenlogischen Interpretationsprozessen. Es sind somit nicht Individuen, die entscheiden, sondern das Entscheidungssystem, das heisst die Organisation mit ihrer spezifischen Art, Informationen zu markieren und zu deuten.

2.2 Die Besonderheiten organisationaler Entscheidungen

Entscheidungen sind der «Stoff», aus dem Organisationen gemacht sind (Luhmann 2000, 1999). Organisationen versteht Luhmann als *Entscheidungssysteme*, die sich aus einem komplexen Zusammenspiel miteinander verknüpfter und aufeinander aufbauenden kollektiven Entscheidungsprozessen konstituieren. Nicht Handlungen oder Personen, sondern *Entscheidungen sind das «Letztelement»* und die Operationsweise aller Organisationen (Luhmann 2000). Organisierte Sozialsysteme sind «Systeme, die aus Entscheidungen bestehen und die Entscheidungen, aus denen sie bestehen, durch die Entscheidungen, aus denen sie bestehen, selbst anfertigen» (Luhmann 1992: 166). Ihre Existenz und eigenlogische Operationsweise können Organisationen nur aufrechterhalten, indem sie kontinuierlich Entscheidungen produzieren und diese mit nachfolgenden Entscheidungen verknüpfen. Dies ist schon alleine deshalb erforderlich, da es in Organisationen eine *Vielzahl an Möglichkeiten, Erwartungen und Irritationen* gibt, über die laufend entschieden werden muss. Entscheidungen verlieren schnell ihren Gültigkeitscharakter, weshalb kontinuierlich neu entschieden werden muss. Eine

Herausforderung besteht darin, diese unterschiedlichen Entscheidungen aneinander kommunikativ anschlussfähig zu machen und *kohärentes Entscheiden über Raum und Zeit* hinweg zu ermöglichen, was nur auf Basis von *organisationsspezifischem Sinn* gelingen kann. Eine Entscheidung erlangt erst durch Bezugnahme auf andere Entscheidungen des Systems einen Sinn, und indem sie in nachgelagerten Entscheidungsprozessen referenziert und mit Bedeutungen aufgeladen wird (Luhmann 1992: 171). Die Zuschreibung von Sinn einer Entscheidung erfolgt wiederum in *kollektiven Deutungs- und Kommunikationsprozessen*. Welche Wirkung eine Entscheidung hat und welchen Sinn ihr in einer Organisation zugerechnet wird, wird in der Kommunikation selbst ausgehandelt und kann vom Entscheidungsträger nur bedingt beeinflusst werden (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 166).

Paradox an organisationalen Entscheidungen ist dabei, dass nur über Sachverhalte entschieden werden kann, die von Natur aus *unentscheidbar* sind (Foerster 1993: 73). Die Unentscheidbarkeit ist die Voraussetzung für die Möglichkeit einer Entscheidung (Luhmann 2000: 132). Immer dort, wo keine Erklärungs- und Begründungslogiken vorliegen oder nicht nach einem etablierten «Schema F» gearbeitet werden kann, werden Entscheidungen erforderlich. Da Entscheidungen aus einem Horizont von Möglichkeiten selektionieren und somit aktuelle und künftige Handlungen einschränken, *reduzieren sie Komplexität*. Organisationales Entscheiden dient der *Reduktion von Ungewissheit und Unsicherheit*. Entscheidungen überführen Ungewissheiten in temporär gültige kollektive Gewissheiten (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 165) oder in sogenannte «commitment to action» (Langley, Mintzberg et al. 1995: 261). Sie sind dabei mit einem gewissen Risiko verbunden, denn man hätte immer auch anders entscheiden können. Ob eine Organisation «richtig» oder «falsch» entschieden hat, kann, wenn überhaupt, erst ex post beurteilt werden (Baecker 2003). Trotz dieses Risikos muss eine Organisation fortlaufend und zeitlich parallel zahlreiche Entscheidungen produzieren, um Komplexität zu reduzieren und um die Handlungsfähigkeit des Systems aufrechtzuerhalten.

Zusammenfassend können aufgrund der obigen zwei Kapitel die folgenden Kernaussagen über organisationale Entscheidungen festgehalten werden:

- Entscheidungen sind unwahrscheinliche und fragile kollektive Kommunikationsprozesse, die zwar durch die Beteiligung von Individuen zustande kommen, ihre Wirkung kann von ihnen aber nicht determiniert werden.
- Entscheidungen sind die Kernoperationen einer Organisation und reduzieren fortlaufend Komplexität, indem sie Unsicherheit in temporär gültige, kollektive

Gewissheiten überführen. So kann eine Organisation kollektiv handlungs- und entscheidungsfähig bleiben.

- Die Zuschreibung von Sinn einer Entscheidung erfolgt in kollektiven Deutungs- und Kommunikationsprozessen. Wirkungen von Entscheidungen entfalten sich durch die Kommunikation selbst.

Entscheidungen fallen in Organisationen nicht einfach vom Himmel, sie werden in *Kommunikationsprozessen* und durch *kollektive Praktiken*, sogenannte *Entscheidungs-Praktiken*, hervorgebracht. Was genau in dieser Dissertation mit dem Begriff der «Entscheidungs-Praktiken» bzw. der «Entscheidungs-Praxis» gemeint ist und von welchen Theoriedebatten er inspiriert ist, wird im nächsten Kapitel erklärt.

2.3 Entscheidungen sind über Entscheidungs-Praktiken beobachtbar

In der Systemtheorie ist das Letztelement aller sozialer Systeme *Kommunikation*. Auch Organisationen, als spezifischer Typus von sozialen Systemen, bestehen aus Kommunikation bzw. aus kommunikativ verfertigten Entscheidungen. Im Kapitel 2 wurde bereits dargelegt, dass Entscheidungen nicht mit individuellen Handlungen gleichzusetzen sind. Sie können einem Entscheider zwar zugerechnet werden (Luhmann 2000: 136), sie entstehen aber in *kollektiven Sinn- und Deutungsprozessen*, also in der Kommunikation selbst. Mit diesem Kommunikations- und Entscheidungsbegriff handelt man sich in Bezug auf die Analyse empirischer Phänomene und organisationaler Transformationsprozesse ein nur schwer zu ignorierendes *Beobachtungsproblem* ein: Wie und wo können Entscheidungen überhaupt in einer Organisation beobachtet werden, wenn diese scheinbar nicht auf Personen rückführbar sind? Die Antwort von Luhmann lautet folgendermassen:

> «*Kommunikation* [kann] *nicht direkt beobachtet, sondern nur erschlossen werden.* Um beobachtet werden oder um sich selbst beobachten zu können, muss ein Kommunikationssystem deshalb als Handlungssystem ausgeflaggt werden» (Luhmann 1984: 226; Kursivsetzungen im Original).

Kommunikation bzw. kommunikativ verfertigte Entscheidungen sind also nicht direkt sichtbar, sondern können nur über die Handlungen von Organisationsmitgliedern erschlossen werden. Daher müssen *Kommunikationssysteme als Handlungssysteme ausgeflaggt* werden (Luhmann 1984: 226) und Entscheidungen auf die Ebene beobachtbarer Phänomene überführt werden. Wenn man als Forscherin Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse in Organisationen beschreiben möchte, kommt man nicht darum herum, von Akteuren als beobachtbare handelnde Einheiten und ihren Handlungen bzw.

Praktiken zu sprechen (Höver 2013: 60). Was also für eine Forscherin beobachtbar ist, sind die Akteure von Kommunikationsprozessen und ihre Verhaltensweisen (Simon 2007: 76). Unter Akteuren können dabei Organisationen, Subeinheiten wie Abteilungen, Teams oder Projektgruppen sowie Personen als handelnde Einheiten verstanden werden (Simon 2007: 76–77). Auch wenn man sich einer systemtheoretischen Perspektive bedient und die Systemtheorie als konzeptionellen Unterbau einer Forschungsarbeit wählt, empfiehlt es sich laut Simon (2007: 76) bei allen empirischen Fragestellungen *auf die Ebene direkt beobachtbarer Phänomene* zurückzugreifen und dies sind Akteure, ihre Verhaltensweisen und ihre *konkreten Praktiken*.

Aufgrund dieser Überlegungen wird der systemtheoretische Entscheidungsbegriff in dieser Arbeit mit praxistheoretischen Argumenten (Nicolini & Monteiro 2017; Nicolini 2012, 2009) komplementiert. Es wird davon ausgegangen, dass Entscheidungen in und durch *kollektive und routinisierte Praktiken* zustande kommen und für Aussenstehende über *Entscheidungs-Praktiken*[5] beobachtbar werden. Der Fokus der Betrachtung liegt daher in der Folge nicht auf Entscheidungen, sondern vielmehr auf Entscheidungs-Praktiken, also auf den Praktiken, durch die Entscheidungen in Organisationen hervorgebracht werden, durch die Komplexität reduziert und «commitment to action» (Langley, Mintzberg et al. 1995: 261) hergestellt werden. Was in dieser Arbeit mit dem Begriff der «Praktiken» bzw. der «Entscheidungs-Praktiken» zu verstehen ist, wird im nächsten Kapitel und mit Rückgriff auf die Ausführungen von Nicolini (2012, 2009) und Nicolini & Monteiro (2017) erläutert.

[5] Der Begriff der «Entscheidungs-Praktik» bzw. «Entscheidungs-Praxis» wird bewusst mit Bindestrich geschrieben, um die Verschmelzung systemtheoretischer Überlegungen zu *Entscheidungen* mit praxistheoretischen Argumenten zu *Praktiken* zu kennzeichnen.

3. Systemtheorie meets Praxistheorie: Entscheidungen entstehen durch konkrete Entscheidungs-Praktiken

Da Entscheidungen durch konkrete Entscheidungs-Praktiken zustande kommen und über diese beobachtbar sind, werden neben der Systemtheorie auch Argumente der Praxistheorie (Nicolini & Monteiro 2017; Nicolini 2012, 2009) mobilisiert. Die Praxistheorie liefert ein passendes «theoretisch-methodisches Toolkit» (Nicolini 2012: 219), um empirische Entscheidungsprozesse beobachten zu können und um in organisationalen Entwicklungsprozessen eine konkrete Unit of Analysis zu definieren. Die Verwendung dieser teilweise unterschiedlichen Theorieansätze in einer Forschungsarbeit mag unkonventionell sein. Beide Theorien, die neuere Systemtheorie und die Praxistheorie, helfen komplementär, ein empirisches Phänomen zu *beschreiben* und zu *erklären.* Letztendlich ist die Verwendung der Systemtheorie und der Praxistheorie in ein und derselben Forschungsarbeit der Überzeugung geschuldet, dass Theorien nicht dogmatisch anzuwenden sind, sondern heuristische Potenziale von Theorien auszuloten sind, um kreative Erklärungsansätze für empirische Problemstellungen zu entwickeln.

Im Kapitel 3.1 wird daher beschrieben, was unter dem Begriff der «Praxis» zu verstehen ist. In der Management- und Organisationsforschung gibt es unterschiedliche Verständnisse dieses Begriffes. Die Praxistheorie ist kein einheitliches Theoriekonstrukt, sondern vielmehr eine «Familie» aus unterschiedlichen theoretischen Ansätzen und Debatten (Nicolini 2012: 1). Die vorliegende Arbeit stützt sich ausschliesslich auf die Arbeiten von Nicolini (2012, 2009) und Nicolini & Monteiro (2017), die in der internationalen Organisations- und Managementforschung breiten Zuspruch finden. Ihre theoretischen Argumente sind für die vorliegende Dissertation deshalb interessant, da sie die Praxistheorie als «Toolkit» verstehen, um organisationale Prozesse zu analysieren und sich ihre epistemologischen Grundannahmen mit jenen der Systemtheorie vereinen lassen. Im Kapitel 3.2 wird, inspiriert von der Systemtheorie und der Praxistheorie, das dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis von Entscheidungs-Praktiken erläutert.

3.1 Praktiken als kollektive Handlungs- und Entscheidungsmuster

Die Praxistheorie von Nicolini (2012, 2009) und Nicolini & Monteiro (2017) interessiert sich für das *konkrete Tun von Akteuren*. Praktiken konstituieren soziale Realitäten, durchdringen den organisationalen Alltag und sind «Mittel und Ergebnis» (Giddens 1997: 246) sozialen Handelns. Praktiken sind mehr als individuelle Aktivitäten oder Entscheidungen. Sie sind *soziale Errungenschaften und Produkte* räumlich und zeitlich

verteilt stattfindender Handlungen (Nicolini & Monteiro 2017: 110). Im folgenden Kapitel wird erörtert, was unter dem Begriff der «Praxis» bzw. «Praktik» verstanden wird. Die Ausführungen werden an einem Beispiel veranschaulicht. Als Beispiel dient ein auf dem Notfall beobachteter Informationsaustausch, der «Koordinationsupdate» genannt wird. Im Lean Management wird diese Art des Kommunikationsaustauschs als *Huddle-Board* bezeichnet (Walker & Betz 2013).

Praktiken sind auf *Ziele* ausgerichtet und bestehen aus einem *koordinierten Zusammenspiel unterschiedlicher Handlungen* (Nicolini & Monteiro 2017: 111). Das Ziel des Koordinationsupdates, der Informationsaustausch zwischen Berufsgruppen und die vorausschauende Ressourcenplanung, kann nur durch eine Verkettung vieler Aktivitäten erreicht werden. Der Informationsaustausch besteht aus der Besprechung aller auf dem Notfall anwesenden Patientinnen, dem Erfassen und Aktualisieren von Patientendaten und der Klärung weiterer Verantwortlichkeiten und Behandlungsschritte. Praktiken sind daher *Bündel oder Systeme von Handlungen*, die sich aus Aktivitäten zusammensetzen (Nicolini & Monteiro 2017: 111).

Praktiken zeichnen sich durch ein *Zusammenspiel von sprachlichen Äusserungen, körperlichen Aktivitäten und dem Gebrauch von Artefakten* aus (Nicolini & Monteiro 2017: 113). So wird der besagte Informationsaustausch zwischen Pflegefachpersonen und ärztlichem Personal anhand eines Monitors strukturiert, auf dem für alle sichtbar Patienteninformationen visualisiert werden. Nicolini (2009: 1400) schreibt: «Practices have both a material and a discursive dimension: the saying is a way of doing as much as the doing is in what is said or not said.»

Im Unterschied zu einmaligen Events haben Praktiken einen *routinisierten Charakter* (Nicolini & Monteiro 2017: 113). Sie sind keine spontanen Handlungen, sondern können erst als Praktiken identifiziert werden, wenn sie über einen bestimmten Zeitraum wiederholt stattfinden. Ihre Bedeutung erlangen sie erst über die Zeit. Sie sind darauf angewiesen, dass sie von Akteuren mobilisiert bzw. praktiziert werden. Praktiken sind somit kollektive Aktivitäten, die *erlernt und «eingespielt»* werden müssen (Nicolini & Monteiro 2017: 113). Sie sind von *prozessualer Natur*, denn sie entwickeln sich sowohl in konkreten Situationen über einen bestimmten Zeitraum und wirken durch ihre wiederholende Mobilisierung über diesen zeitlichen Kontext hinaus (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 126). So kann denn auch das Ziel des Koordinationsupdates hinsichtlich der vorausschauenden Ressourcenplanung nur erfüllt werden, wenn der Austausch auf regelmässiger Tagesbasis wiederholt stattfindet.

Organisationen werden von einer Vielzahl von Praktiken geprägt. Praktiken sind nicht isolierte Bündel von Aktivitäten, sondern *entfalten ihre Wirkung im Zusammenspiel mit*

anderen Praktiken (Nicolini & Monteiro 2017: 111–113). Daher werden Organisationen in der Praxistheorie als *Gefüge, Gewebe oder auch Nexus unterschiedlicher Praktiken* beschrieben (Nicolini 2009: 1394). Anders ausgedrückt besteht eine Organisation aus einem *Repertoire* von Praktiken (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 127). Dass Praktiken mit anderen Praktiken verwoben sind und ihre Bedeutung in diesem Zusammenspiel erhalten, kann am Koordinationsupdate verdeutlicht werden: Der Informationsaustausch kann nur durchgeführt werden, wenn davor eine Vielzahl an Aktivitäten stattgefunden hat: Die für den Austausch benötigten Informationen müssen zuerst «erarbeitet» werden, Patienten administrativ aufgenommen, im KIS erfasst und von Pflegefachpersonen triagiert werden. Im Nachgang an den Informationsaustausch wird wiederum eine Vielzahl an Aktivitäten nötig, wenn z.B. Patienten auf eine andere Abteilung verlegt werden.

Praktiken sind stark ineinander verwoben, und es ist schwer zu sagen, wo eine Praktik beginnt und wo sie endet. Dies macht es schwierig, sie in ihrem konkreten Vollzug zu beobachten, da sie räumlich und zeitlich verteilt stattfinden und mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Objekten, Handlungen und Entscheidungen verknüpft sind. Es wäre daher verfehlt, Praktiken als in sich geschlossene und konsistente Handlungsmuster zu verstehen. Zwischen verschiedenen Praktiken und auch innerhalb einer Praktik selbst können *Spannungen und Widersprüchlichkeiten* entstehen (Nicolini & Monteiro 2017: 113). Inkonsistenzen können durch *alte und neue Interpretationen einer Praktik*, durch die Beteiligung neuer Akteure, oder durch Veränderungen von zeitlich vor- oder nachgelagerten Praktiken entstehen (Nicolini & Monteiro 2017: 113). Für ein Behandlungsteam kann es z.B. irritierend sein, wenn eine Pflegefachperson den Informationsaustausch zu veränderten Zeiten durchführt oder neue Inhalte bespricht.

Praktiken liegt eine *normierende und limitierende Wirkung* inne. Sie bestimmen, was in gewissen Situationen erlaubt ist und als legitim angesehen wird. Praktiken schaffen und reproduzieren Ordnung und stiften Sinn: «Practices are meaning-making, order-producing, and reality-shaping activities» (Nicolini & Monteiro 2017: 114). Durch das Erlernen von Praktiken entsteht ein *kollektives Verständnis*, was als angemessenes Handlungsmuster anerkannt wird, und was nicht: «[…] not everything goes in practice!» (Nicolini & Monteiro 2017: 113). Dies bedeutet auch, dass durch die Etablierung von Praktiken bestimmte Handlungsmuster möglich sind, andere *hingegen unwahrscheinlich gemacht werden*. Alternative Handlungsmuster werden ausgeschlossen. Durch Praktiken wird somit *Macht* reproduziert: Bestimmte Praktiken werden von einem Kollektiv als illegitim angesehen oder werden sanktioniert (Nicolini & Monteiro 2017: 114). So kann es z.B. zu

einer Zurechtweisung durch einen Vorgesetzten kommen, wenn eine Oberärztin nicht zum geplanten Koordinationsupdate erscheint.

Praktiken schaffen nicht nur Stabilität, kollektive Orientierung und reduzieren Ungewissheit. Sie sind auch eine *Ressource der Veränderung*. Sie können durch den Gebrauch über die Zeit in unterschiedlichen Kontexten und durch das Mitwirken von Akteuren uminterpretiert werden: «[…] all practices embody different interests and are hence internally fragmented, subject to multiple interpretations, and open to contradictions and tensions. This, in turn, makes all practices necessarily tentative and ever-changing» (Nicolini 2009: 1393). Praktiken sind situativ, müssen jeweils neu «erbracht» werden und *unterliegen Veränderungen und Reinterpretationen*. Diese Veränderungen können auch von Praktikern angestossen werden, indem sie über die Zweckmässigkeit einer etablierten Praktik reflektieren (Nicolini & Monteiro 2017: 114). So könnte z.B. in einer Arbeitsgruppe festgestellt werden, dass das Koordinationsupdate keine vorausschauende Ressourcenplanung ermöglicht und der tagesaktuelle Informationsaustausch künftig anders organisiert werden muss.

Die *Beziehung zwischen Praktiken und Praktikern* ist *wechselseitig konstituierend*. Auf der einen Seite ist das organisationale Geschehen durch eine Vielzahl von Praktiken vorstrukturiert und das Handeln von Akteuren limitiert. Es gibt Situationen, in denen die Durchführung eines Koordinationsupdates unerwünscht ist, in anderen Situationen ist dieselbe Praktik aber im hohen Masse funktional. Trotz dieser limitierenden Wirkung können Personen aber auch eine aktive Rolle in der Gestaltung von Praktiken haben. Praktiken können durch die Beteiligung von Akteuren uminterpretiert werden. Laut Nicolini & Monteiro (2017: 114) sind Akteure sowohl «Performer» als auch «Träger» von Praktiken: «[…] homo practicus is conceived as a carrier of practices, a body/mind who 'carries', but also 'carries out', practices.»

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Nicolini & Monteiro (2017) Praktiken als *Bündel von Handlungs- und Entscheidungsmustern* beschreiben, die kollektiv, prozessual, routinisiert und situativ sind. Sie haben zwar eine eigenständige «Agency», sind aber auf die Beteiligung von Praktikern angewiesen. Organisationen bestehen aus einem komplexen Netz von miteinander verbundenen Praktiken, die sie sowohl mit Stabilität als auch mit Veränderung versorgen. Das organisationale Geschehen kann nur über konkrete Praktiken verstanden und analysiert werden, so die Grundannahme der Praxistheorie (Nicolini & Monteiro 2017).

3.2 Das hier vertretene Verständnis von Entscheidungs-Praktiken

Das Verständnis von Praktiken nach Nicolini & Monteiro (2017) schärft den Blick dafür, wie Entscheidungen in Organisationen zustande kommen, und wie sie analysierbar werden: Sie sind für Aussenstehende über *Praktiken* beobachtbar. Die Art und Weise, wie Entwicklungsprozesse ablaufen, wie Organisationen sich gegenüber bestimmten Themen selektiv öffnen und schliessen, und wie Systemgrenzen entstehen, sind das Resultat konkreter Praktiken bzw. Entscheidungs-Praktiken. Aufgrund der obigen Ausführungen werden daher theoretische Argumente der Systemtheorie als auch der Praxistheorie genutzt, die am *Begriff «Entscheidungs-Praxis»* miteinander verschmelzen.

Mit Entscheidungs-Praktiken sind in dieser Dissertation all jene Praktiken gemeint, die darauf abzielen, Ungewissheit und Unsicherheit in Organisationen zu reduzieren und *kollektive Gewissheiten* und «commitment to action» (Langley, Mintzberg et al. 1995: 261) schaffen. Der *Grad der Routinisierung* kann dabei unterschiedlich stark sein und auch der Bezugspunkt, also der konkrete *Entscheidungsgegenstand* von Entscheidungs-Praktiken, ist heterogen: Sowohl Wertschöpfungsprozesse wie z.B. die medizinische Behandlung von Notfallpatienten bestehen aus und kommen dank Entscheidungs-Praktiken zustande. Gleichzeitig erfolgen auch die *Gestaltung und Weiterentwicklung* dieser Wertschöpfungsprozesse mithilfe von konkreten Entscheidungs-Praktiken. Eine Organisation existiert aus einer *Vielzahl an unterschiedlichen und aufeinander aufbauenden Entscheidungs-Praktiken*, denn ohne ein stabiles «Repertoire» (Rüegg-Stürm & Grand 2019) von kollektiv geteilten Entscheidungs-Praktiken könnte eine Organisation keine attraktive Wertschöpfung erbringen. Sie müsste Irritationen immer wieder aufs Neue bearbeiten, könnte nur ad-hoc-Entscheidungen hervorbringen und könnte nicht auf *erprobte Formen der Bewältigung von Komplexität* zurückgreifen. Dank etablierter Entscheidungs-Praktiken können Patientenanliegen auf einer Notfallstation effizient bearbeitet, Unsicherheit bezüglich der Strukturierung des Patientenprozesses temporär reduziert und kollektive Gewissheiten über den weiteren Behandlungsverlauf geschaffen werden (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 163ff). Entscheidungs-Praktiken können mit den Worten Luhmanns als «eingespielte Entscheidungsgewohnheiten» (Luhmann 1992: 173) oder als Entscheidungsmuster bezeichnet werden. Jede Organisation ist darauf angewiesen, dass sie einen förderlichen *Umgang mit Unsicherheit und Komplexität* etabliert und für die Bearbeitung von Irritationen jeweils tragfähige Entscheidungs-Praktiken mobilisiert. Ob es einer Organisation gelingt, kollektiv bindende und wirksame Entscheidungs-Praktiken aufzubauen, die eine zukunftsfähige Wertschöpfung ermöglichen, ist Ausdruck ihrer *organisationalen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit* (Rüegg-Stürm & Grand 2019:

177). Kann eine Organisation keine kollektiv akzeptierten Formen der Entscheidungsfindung und eine eigene Entscheidungs-Praxis etablieren, ist sie nicht handlungs- und entscheidungsfähig. In dieser Dissertation wird davon ausgegangen, dass der Erhalt der organisationalen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit sowie der Aufbau einer der Wertschöpfung dienlichen Entscheidungs-Praxis eine *zentrale Aufgabe von Management-Verantwortlichen* ist (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 164). Die Entscheidungs-Praxis muss dynamisch gestaltet werden und über die Art und Weise, wie Entscheidungen in einem System verfertigt werden, muss laufend entschieden werden.

Entscheidungs-Praktiken sind kollektive Praktiken, wie z.B. Behandlungsabläufe oder die Triage auf einer Notfallstation. Wenn in dieser Arbeit etwas allgemeiner von *organisationaler Entscheidungs-Praxis* gesprochen wird, dann ist damit das Zusammenspiel aller Entscheidungs-Praktiken, also das ganze einer Organisation zur Verfügung stehende Netz von Entscheidungs-Praktiken gemeint. Die Entscheidungs-Praxis kann als *Struktur* einer Organisation bezeichnet werden, als im Hintergrund mitwirkende «Organisationsgrammatik» (Rüegg-Stürm 2008b: 6). Die Entscheidungs-Praxis ist *organisationsspezifisch*: Sie formiert sich im Laufe der Zeit und ist Ausdruck der in der Organisation eingespielten «Selektionsgeschichte» (Luhmann 1984: 185). Sie entsteht durch das fortlaufende «Aneinanderreihen und Verknüpfen von Interaktionsprozessen, ein Zusammenspiel von unterschiedlichen Prozessen, aus denen schließlich habitualisierte Routinen und Netzwerke von Handlungen hervorgehen» (Weick 2001: 123). Man könnte sagen, dass die Entscheidungs-Praxis einer Organisation einen Möglichkeitsraum darstellt, innerhalb dessen Informationen verarbeitet und kollektive «commitment to action» (Langley, Mintzberg et al. 1995: 261) erarbeitet werden. Diesen *Möglichkeitsraum gezielt zu gestalten, einzuschränken oder zu vergrössern* ist ein anspruchsvoller Aufgabenbereich von Management-Verantwortlichen (siehe Kapitel 5.9 und 5.11). Die *Gestaltung dieses Möglichkeitsraums* geht dabei mit der *Gestaltung von Organisationsgrenzen* einher, so das Kernargumente dieser Dissertation: Wenn eine Organisation eine eigene Entscheidungs-Praxis etabliert, sind dafür «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1964: 60) notwendig. Gleichzeitig können diese «Grenzen» aber nur entstehen, wenn eine Organisation eine eigene Form des Prozessierens von Informationen ausbildet und über eine Entscheidungs-Praxis verfügt. Der *Aufbau von Grenzen und einer förderlichen Entscheidungs-Praxis bedingen sich wechselseitig* und sind das Produkt kommunikativer Aushandlungsprozesse.

In Anlehnung an die Systemtheorie und inspiriert von praxistheoretischen Überlegungen (Nicolini & Monteiro 2017; Nicolini 2012, 2009) wird für diese Dissertation angenommen,

dass *Entscheidungs-Praktiken das «Letztelement» von Organisationen* darstellen. Diese Begriffskreation hat zwei Vorteile: Erstens wird das systemtheoretische Problem gelöst, dass Entscheidungen nicht direkt beobachtbar sind und nur über Handlungen von Kommunikationsteilnehmern erschlossen werden können. Entscheidungen werden über kollektive Praktiken beobachtbar, so die Annahme. Der Begriff «Praxis» signalisiert dabei eine Hinwendung zum «tatsächlichen Tun» von Akteuren, wie sie von Vertretern des «Practice Turn» (Schatzki, Knorr-Cetina et al. 2000) schon seit Längerem gefordert wird. Zweitens hat das hier gewählte Verständnis von Praktiken nach Nicolini (2012, 2009) und Nicolini & Monteiro (2017) den Vorteil, dass ein Handlungs- bzw. Praxisbegriff verwendet wird, der sich mit den Grundannahmen und erkenntnistheoretischen Positionen der Systemtheorie vereinen lässt (siehe dazu ausführlich Rüegg-Stürm & Grand 2019: 123ff). Obwohl Luhmann (1984: 226) schreibt, Kommunikationssysteme seien als Handlungssysteme auszuflaggen, wäre es in diesem Zusammenhang wohl verfehlt, mit klassischen Handlungsbegriffen zu arbeiten, die von der Souveränität einer intentional handelnden Person ausgehen.

Problematisch am Begriff der «Entscheidungs-Praxis» ist allerdings seine *Unbestimmtheit*. Grundsätzlich können fast alle kollektiven Handlungen in Organisationen als Entscheidungs-Praktiken bezeichnet werden. Diese *Unbestimmtheit von Begriffen* wurde der Praxistheorie immer wieder vorgeworfen. So schreibt Bjørkeng, Clegg et al. (2009: 146): «[…] practice is everything—and thus nothing—as nothing falls outside of practice and everything falls within it.» Es stellt sich die Frage, welche konkreten Entscheidungs-Praktiken für die *Organisations- und Managementforschung* relevant sind und welche nicht.

In dieser Arbeit sind ausschliesslich *zwei Typen von Entscheidungs-Praktiken* bedeutsam. Im Fokus stehen kollektive Entscheidungs-Praktiken, die zum einen der *unmittelbaren Erbringung der Wertschöpfung* dienen und solche, die auf ihre *Weiterentwicklung und Gestaltung* abzielen. Entscheidungs-Praktiken können daher in zwei Kategorien unterteilt werden, die sich hinsichtlich ihres *Entscheidungsgegenstandes* und *Wirkungshorizonts* unterscheiden (Rüegg-Stürm 2008a).

Entscheidungs-Praktiken mit Fokus auf die Erbringung der Wertschöpfung

Das Ziel jeder Organisation ist die Erbringung einer attraktiven Wertschöpfung für unterschiedliche Stakeholder. Diese Wertschöpfung kann nur dank eines komplexen Zusammenspiels aus räumlich und zeitlich verteilt stattfindenden Entscheidungs-Praktiken gelingen. Es muss ein Repertoire von Entscheidungs-Praktiken mobilisiert werden können,

um eine Wertschöpfung arbeitsteilig und effizient erbringen zu können (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 164). Dank dieser Entscheidungs-Praktiken kann *wirkungsvoll mit Komplexität umgegangen* werden und *fortlaufend kollektive Gewissheiten* und «commitment to action» (Langley, Mintzberg et al. 1995: 261) produziert werden. Beispiele für solche Entscheidungs-Praktiken, die der unmittelbaren Erbringung der Wertschöpfung einer Notfallstation dienen, sind die Patientenaufnahme, Triage, Anamnese, Diagnostik, Überwachung, Therapie, Dokumentation sowie die Verlegung und Entlassung von Patienten. Diese Form der Entscheidungs-Praxis ist auf den Einsatz hochspezifischer, aufgabenzentrierter Fach- und Professionsexpertise angewiesen. Die Wertschöpfung bedarf somit einer kompetenten *Fachführung*, also einer aufgabenzentrierten Entscheidungs-Praxis unter Anwendung elaborierter Fachkenntnisse (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 225). Diese Art der Entscheidungs-Praxis kann im hier vorliegenden Verständnis aber nicht mit dem gleichgesetzt werden, was Management bzw. die Management-Praxis auszeichnet.

Entscheidungs-Praktiken mit Fokus auf die Weiterentwicklung der Wertschöpfung (Management-Praxis)

Das Repertoire von Entscheidungs-Praktiken muss gestaltet werden, und auch dies geschieht wiederum in und durch Entscheidungs-Praktiken (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 159). Alle Entscheidungs-Praktiken, die auf den Aufbau und auf die dynamische Weiterentwicklung der Wertschöpfung abzielen, werden in dieser Arbeit als *Management-Praxis* bezeichnet. Die Management-Praxis beschäftigt sich anders als die Fachführung mit der *Systemführung* und der Frage, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, damit bei der Erbringung der Wertschöpfung das erforderliche Fachwissen optimal ausgeschöpft werden kann (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 225; Rüegg-Stürm 2008a). Ziel der Management-Praxis ist die Schaffung von förderlichen *Entscheidungsbedingungen* für die Wertschöpfung und für den *Erhalt der organisationalen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit*. Die Management-Praxis beschäftigt sich mit der Gestaltung der organisationalen Entscheidungs-Praxis und wird als «Entscheiden über Entscheidungen» verstanden (Luhmann 2000: 225). Die Gestaltung einer der Wertschöpfung dienlichen Entscheidungs-Praxis ist auf *Selbstbeobachtung und Reflexivität* angewiesen (siehe Kapitel 5.9). Indem die Entscheidungs-Praxis gestaltet wird, verändert sich auch der Möglichkeitsraum, innerhalb dessen Informationen verarbeitet werden. Die *Gestaltung der Entscheidungs-Praxis* geht somit mit der *Gestaltung von Systemgrenzen* einher. Es ist die Aufgabe der Management-Praxis, die Grenzen einer Organisation und ihr Verhältnis zur Umwelt aktiv und laufend zu gestalten.

Abschliessend kann für dieses Kapitel festgehalten werden, dass eine Organisation aus einer *Vielzahl von Entscheidungs-Praktiken* besteht. Der Begriff der «Entscheidungs-Praxis» vereint Kernprinzipien der Systemtheorie mit praxistheoretischen Grundannahmen. Entscheidungs-Praktiken dienen der *Reduktion von Komplexität* und bringen *kollektive Gewissheiten* und «commitment to action» (Langley, Mintzberg et al. 1995: 261) hervor. Sowohl Wertschöpfungsprozesse als auch die Management-Praxis selbst bestehen aus Entscheidungs-Praktiken, die sich hinsichtlich ihres Entscheidungsgegenstandes und Wirkungshorizontes voneinander unterscheiden lassen. Zusammen ergeben sie die *organisationsspezifische Entscheidungs-Praxis*, von der die Existenzsicherung einer Organisation in einer unsicheren Umwelt massgeblich abhängt. Die Gestaltung und Weiterentwicklung dieser Entscheidungs-Praxis ist dabei auf die Bearbeitung von Grenzen angewiesen, so das Kernargument dieser Dissertation: Möchte eine Organisation eine eigene Entscheidungs-Praxis aufbauen, ist sie auf «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1964: 60) angewiesen. Gleichzeitig können diese «Grenzen» nur entstehen, wenn eine Organisation eine eigene Form des Prozessierens von Informationen ausbildet und über eine eigene Entscheidungs-Praxis verfügt.

4. Der Grenzbegriff in der Organisations- und Managementforschung

Im einleitenden Kapitel wurde argumentiert, dass der Aufbau einer organisationalen Entscheidungs-Praxis dank der *Entwicklung und Gestaltung von Grenzen* gelingen kann. Ohne Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen können keine komplexen Entscheidungsprozesse und personenunabhängige Strukturen aufgebaut werden. Organisationen müssen einmal etablierte Erwartungsräume und Grenzen *dynamisch öffnen und schliessen*, wenn sie ihre Existenz in einer unkontrollierbaren Umwelt erhalten (Luhmann 2018: 323) und ihre Entscheidungs-Praxis sowohl stabilisieren als auch zukunftsfähig weiterentwickeln wollen. Neben dem Entscheidungsbegriff sind für diese Dissertation somit auch *theoretische Überlegungen zu Grenzen und deren Gestaltung* relevant. Dabei interessiert vor allem das *systemtheoretische Verständnis von Grenzen* und *deren Bedeutung für die Entwicklung einer förderlichen Entscheidungs-Praxis*. Die Systemtheorie ist allerdings nur *eine von vielen Perspektiven in der Organisations- und Managementforschung*. Die Beschäftigung mit Organisationsgrenzen kennt eine lange Tradition (Lamont & Molnár 2002). In den folgenden Kapiteln 4.1 und 4.2 werden daher einige *einschlägige theoretische Zugänge und Verständnisse von Grenzen* dargestellt und kritisch gewürdigt. Dabei wird grob in *betriebswirtschaftliche und organisationssoziologische Zugänge* unterschieden, obwohl diese Disziplinen nicht strikt voneinander getrennt werden können. Da vor allem organisationssoziologische Zugänge für die Argumentation dieser Dissertation relevant sind, werden diese Literaturdiskussionen detaillierter behandelt. Die Ausführungen haben dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Sinne eines Überblicks über die Literatur werden jeweils die Kernaussagen der prominentesten Theorieansätze innerhalb der Organisation- und Managementforschung dargestellt. Im Kapitel 4.3 wird der Stand der Forschung über Grenzen zusammengefasst und kritisch kommentiert.

4.1 Betriebswirtschaftliche Zugänge zu Grenzen

Laut traditionellen, betriebswirtschaftlichen Ansätzen erfolgt das Ziehen von Grenzen zwischen einer Organisation und ihrer Umwelt entlang von *Kosten- und Effizienzüberlegungen*. Besonders prominent ist der *Transaktionskostenansatz* geworden, wonach die Grenze einer Organisation entlang des optimalen Grads der vertikalen Integration verläuft (Williamson 1990, 1975): Wertschöpfungsaktivitäten, die im Vergleich zum Markt kostengünstiger erbracht werden können, sind von einer Organisation selbst durchzuführen und markieren das «Innere» einer Organisation. Alle anderen Wertschöpfungsaktivitäten werden vom Markt durchgeführt und markieren das «Äussere»

der Organisation. Systemgrenzen sind hier als die *Akkumulation von Make-or-Buy-Entscheidungen* zu verstehen und gleichzeitig als Schwelle zwischen Hierarchie und Markt (Santos & Eisenhardt 2005: 492–497). Welche Wertschöpfungsaktivitäten von einer Organisation oder vom Markt durchgeführt werden, wird über Verträge geregelt. Dem Transaktionskostenansatz liegt ein *vertragsrechtliches Verständnis von Grenzen* zugrunde. Grenzen sind Verfügungsrechte über bestimmte Leistungen. Sie markieren den *formal-rechtlichen Bereich*, worauf Management-Verantwortliche *Kontrolle und Macht* ausüben können (Ahrne 1990: 36). Die Grenzen der Organisation können somit *eindeutig definiert* werden. Diese Sichtweise wurde von unterschiedlicher Seite kritisiert: Zwar ist unbestritten, dass vertragsrechtliche Aspekte für die Bildung formaler Organisationen bedeutsam sind; Organisationen sind aber mehr als nur Ansammlungen von Vertragsschlüssen (Tacke 1997: 6). Eine Organisationen ist aus der Perspektive dieser Kritiker ein *eigenlogisches Handlungssystem*, das einzelne Vertragsverhältnisse überdauert und nicht auf diese zurückgeführt werden kann (Tacke 1997: 6). Zudem trägt der Transaktionskostenansatz dem Umstand ungenügend Rechnung, dass Akteure in ihrem Arbeitsalltag Verträgen unterschiedliche Bedeutungen zuschreiben und diese untergraben oder modifizieren können (Ortmann & Sydow 2003: 902). Viele wissenschaftliche Beiträge weisen darauf hin, dass es in einer Organisation eine *Vielzahl an unterschiedlichen Grenzen* gibt, die nicht nur einen vertragsrechtlichen und «materiellen» Charakter haben, sondern auch von symbolischer und sinnhafter Natur sein können (z.B. Langley, Lindberg et al. 2019).

In Abgrenzung zu diesem von Effizienzüberlegungen (Ortmann & Sydow 2003) geprägtem und statischem Verständnis von Grenzen rückt der *Resource-based View* (Prahalad & Hamel 1990) und verwandte Zugänge wie der *Knowledge-based View* (Grant 1996) und der *Capabilities Approach* (Sen 1985) die Frage nach Wettbewerbsvorteilen auf Basis nicht-imitierbarer und einmaliger Fähigkeiten und Ressourcen in den Vordergrund. Die diesen Ansätzen gemeinsame Kernthese lautet, dass sich Organisationen durch die *Internalisierung von einmaligen Kompetenzen, Fähigkeiten und Ressourcen* bzw. durch die *Bündelung von Ressourcen* strategische Vorteile gegenüber ihren Umwelten verschaffen können. Die Organisationsgrenze wird aus dieser Perspektive zu einer *Kompetenz- und Ressourcengrenze*. Dabei können Ressourcen und Fähigkeiten dynamisch rekonfiguriert werden (Stichwort «dynamic capabilities») und somit sind kompetenzbasierte Organisationsgrenzen veränderungsaffin.

Auch im *Resource-dependence Approach* (Pfeffer & Salancik 1978) spielen Ressourcen für die Definition von Organisationsgrenzen eine zentrale Rolle. Grenzen bestimmen

demnach darüber, *welche Ressourcen eine Organisation besitzt* und von ihr genutzt werden können: «The boundary is where the discretion of the organization to control an activity is less than the discretion of another organization to control that activity» (Pfeffer & Salancik 1978: 32). Es wird davon ausgegangen, dass Organisationen *von ihren Umwelten* und der Nutzung von ausserhalb der Organisation liegenden Ressourcen *abhängig* sind. Um diese Abhängigkeit möglichst zu verringern und um die Beanspruchung von relevanten Ressourcen nicht zu gefährden, müssen Organisationen auf externe Erwartungen und Forderungen reagieren (Pfeffer & Salancik 1978: 193). Letztendlich ist diese Perspektive auf Organisationsgrenzen eine *machttheoretische*, denn die wechselseitigen Tauschverhältnisse von Organisationen können schnell asymmetrisch werden (Pfeffer & Salancik 1978: 46). Die zentrale Annahme dieses Ansatzes besagt, dass organisationale Akteure rational-strategisch handeln sowie *die Abhängigkeits- und Machtverhältnisse stets zu ihren Gunsten beeinflussen*. Eine Errungenschaft des Resource-dependence Approach ist jedoch, dass Organisationen in einem *interaktiven Verhältnis* zueinanderstehen. Allerdings wird die Beziehung zwischen Organisationen und Umwelten auf rein *ökonomische Aspekte bzw. auf ökonomische Austauschverhältnisse* reduziert. Dem Resource-dependence Approach wird vorgeworfen, ein entitatives Verständnis von Ressourcen zu haben, denn wie Akteure Ressourcen nutzen und welche Deutungsmuster dabei relevant werden, bleibt in diesem Ansatz weitgehendst unbeleuchtet (Ortmann & Sydow 2003: 904).

Diese von ökonomischen und betriebswirtschaftlichen Überlegungen geprägten Verständnisse von Organisationsgrenzen wurden im Rahmen der sogenannten «Theory of the Firm» und des Strategischen Managements breit rezipiert. Interessant dabei ist, dass *das Verständnis von Grenzen mit einem spezifischen Verständnis von Organisation insgesamt einhergeht*. So wird aus einer vertragsrechtlichen Perspektive die Organisation als eine «efficient contractual entity» (Foss 1996: 470) oder als «nexus of contracts» (Demsetz 1988: 154) konzeptualisiert. Aus einer Knowledge-based View hingegen wird die Organisation als ein «repository of capabilities» (Kogut & Zander 1992: 396) beschrieben, die sich über spezifisches Wissen Wettbewerbsvorteile verschafft und sich über die Rekonfiguration dieses Wissens von der Umwelt abgrenzt. Die *Beschäftigung mit Grenzen ist somit gleichzeitig die Beschäftigung mit Organisationstheorie.*

4.2 Organisationssoziologische Zugänge zu Grenzen

Anders als betriebswirtschaftlich orientierte Forschung interessieren sich organisationssoziologische Beiträge nicht für kosteneffiziente und strategisch sinnvolle Grenzen. Vielmehr steht die Frage nach der *sozialen Funktion von Grenzen* und ihre Bedeutung für die prozessuale Konstituierung von Systemen im Zentrum. Organisationssoziologische Ansätze, welche die Bedeutung von Grenzen für die Entstehung von sozialen Systemen explizit zum Thema machen, werden untenstehend präsentiert. Dabei werden die *Theorien offener Systeme*, der *Soziologische Neo-Institutionalismus*, *strukturationstheoretische Ansätze*, die *Debatte «boundary work»* sowie die *Debatte «new forms of organizing»* vorgestellt. Auch die neure Systemtheorie würde in die Reihe organisationssoziologischer Zugänge gehören. Da die Systemtheorie die für diese Dissertation relevante theoretische Perspektive darstellt, wird sie im Kapitel 5 gesondert behandelt.

4.2.1 Theorien offener Systeme

Einen wichtigen organisationssoziologischen Zugang zur Thematik der Organisationsgrenze findet sich in den *frühen Theorien offener Systeme* (Bertalanffy 1968; Katz & Kahn 1966; Scott 1998; Thompson 1967). Organisationen als radikal offene Input-Throughput-Output-Systeme stehen mit ihrer Umwelt in einem materiellen und immateriellen Austauschverhältnis (Katz & Kahn 1966: 122). Die internen Strukturen der Organisation bilden sich über personenunabhängige Rollen- und Verhaltensmuster aus (Katz & Kahn 1966). Relevant sind insbesondere die Arbeiten von Thompson (1967). Er geht, ähnlich wie Katz & Kahn (1966), davon aus, dass Organisationen offene Systeme sind, die in einem *engen Austausch mit ihrer Umwelt* stehen. Von der Umwelt werden Organisationen kontinuierlich mit Unsicherheit und Störungen versorgt (Thompson 1967: 6), weshalb auch ihre langfristige Entwicklung von Unbestimmtheit geprägt ist (Thompson 1967: 14). Um mit dieser externen Komplexität umgehen zu können, müssen sich *Organisationen von offenen Systemen mehr in Richtung geschlossener Systeme* entwickeln, um ihre Stabilität und Identität zu schützen. Laut Thompson (1967: 10) sind Organisationen «open systems, hence indeterminate and faced with uncertainty, but at the same time as subject to criteria of rationality and hence needing determinateness and certainty.» Damit eine Organisation ein ausreichendes Mass an Sicherheit generieren und ihre rationalen Zwecke (z.B. Güterproduktion) effizient erfüllen kann, muss sie den sogenannten «technischen Kern» *vor Turbulenzen und Umwelteinflüssen* möglichst *abkapseln und schützen* (Thompson 1967: 19). Mit dem «technischen Kern» sind Arbeitsabläufe und Prozesse der internen Produktion gemeint; die moderne Betriebswirtschaft würde von

Geschäftsprozessen oder *Leistungserstellungsprozessen* sprechen (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 67ff). Das Management und insbesondere sogenannte «boundary units» haben die Funktion, den Kontakt zur Umwelt zu regulieren. Thompson spricht von zwei unterschiedlichen *Grenzaktivitäten*, die dabei zum Einsatz kommen: «Puffering» ist nötig, um den technischen Kern vor dysfunktionalen Erwartungen und Forderungen des Marktes abzuschirmen und die interne Effizienz und Zweckrationalität sicherzustellen. Mit dem «bridging» werden Aktivitäten bezeichnet, welche die Beziehung zur Umwelt insbesondere zu anderen Organisation aktiv gestalten, externe Anliegen und Erwartungen aufnehmen und dadurch die Legitimität und Konformität organisationaler Strukturen bewahren (Thompson 1967). Yan & Louis (1999) haben seine Arbeiten aufgegriffen und schlagen mit dem «bringing up boundaries» eine dritte Grenzaktivität vor, die vor allem innerhalb von Organisationen und Teams dazu beitragen sollen, soziale Identität, Kohärenz und Gemeinschaftssinn zu bewahren (siehe dazu auch Cross, Yan et al. 2000). Thompson (1967) ist die Einsicht zu verdanken, dass *offene Systeme für ihren Systemerhalt auf Stabilität angewiesen sind* und diese Stabilität über Grenzaktivitäten bzw. über ein gezieltes Schnittstellenmanagement aktiv hergestellt werden muss. Dafür sind nicht alle Mitarbeitenden und Stellen [6] gleichermassen verantwortlich, sondern vor allem Management-Teams. Seine Überlegungen zu Grenzen, Grenzaktivitäten und der Notwendigkeit von Offenheit und Geschlossenheit haben sowohl in systemtheoretischen Arbeiten (z.B. Tacke 1997) sowie im Soziologischen Neo-Institutionalismus (Meyer & Rowan 1977; Powell & DiMaggio 1991) ihren Niederschlag gefunden.

Auch die Arbeiten von Scott (1998) gehören zum *Paradigma offener Systeme*. Ohne ausführlich auf seine Konzeptualisierungen von Systemen als gleichzeitig «rational actors» und «natural/social systems» (Scott 1998) einzugehen, sind an dieser Stelle die relevanten Gemeinsamkeiten der Theorien offener Systeme festzuhalten: Die hier geschilderten Sichtweisen auf Systeme, verstanden als offene Gebilde, haben erstens gemeinsam, dass Organisationen keine klar nach aussen abgrenzbare Inseln sind, sondern *diverse Austausch- und Abhängigkeitsverhältnisse zu ihren Umwelten unterhalten,* und ihre Identitäten und Strukturen stets vor dem Hintergrund eines grösseren sozialen Kontexts zu erklären sind – ein Gedanke, der sich auch in der neueren Systemtheorie findet. Zweitens muss die Grenze zwischen System und Umwelt in irgendeiner Form geregelt werden, und daher sind auch offene Systeme «boundary maintaining systems» (Aldrich 1971: 279). Die Annahme, Organisationen seien *offene Systeme mit durchlässigen Grenzen*, wurde aber auch immer

[6] In der neueren Systemtheorie wird in diesem Zusammenhang von sogenannten «Grenzstellen» gesprochen, die den Umweltkontakt kanalisieren und aktiv gestalten (Luhmann 1999).

wieder stark kritisiert. So schreiben Heidenreich, Hiller et al. (2018: 189) «that the open systems perspective overlooks the necessary closure of organizations toward their environment.» Trotz vielfältiger Austauschverhältnisse seien Organisationen operational geschlossen und versuchen stets ihre internen Prozesse, Strukturen und letztendlich ihre Autonomie zu erhalten (Heidenreich, Hiller et al. 2018).

4.2.2 Der Soziologische Neo-Institutionalismus

Die Annahme der Offenheit sozialer Systeme und deren Grenzen wird im *Soziologischen Neo-Institutionalismus* (DiMaggio & Powell 1983; Meyer & Rowan 1977; Powell & DiMaggio 1991) weiter zugespitzt. Diese Theorie geht davon aus, dass Handlungen von Organisationen auf in der Umwelt liegenden *Institutionen* basiert. Unter Institution werden in Anlehnung an Berger & Luckmann (1977) selbstverständliche Regeln und historisch gewachsene Normen, Werte und Verhaltensweisen verstanden, die von Organisationen internalisiert werden, um so *von ihrer externen Umwelt Legitimität und Stabilität zu erhalten* (Meyer & Rowan 1977). Organisationen sind in «organisationale Felder» (DiMaggio & Powell 1983) eingebettet, in denen sie formale Strukturen, Prozesse und Verhaltensregeln gegenseitig kopieren und dadurch zu einer sogenannten «Isomorphie», also Strukturgleichheit, tendieren (Meyer & Rowan 1977: 346). Je stärker eine Organisation von einer anderen Organisation abhängig ist, z.B. hinsichtlich Ressourcen oder Reputation, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie sich hinsichtlich ihrer Strukturen und ihres Verhaltens angleichen (Walgenbach & Meyer 2008: 36). Diese Übernahme von externen Erwartungen kann auch nur symbolisch und zeremoniell erfolgen (Meyer & Rowan 1977: 351). Organisationen können ihre wirtschaftlichen Kernstrukturen vor abweichenden normativen Ansprüchen der politischen, rechtlichen oder wissenschaftlichen Umwelt schützen, indem sie diese von der äusserlich sichtbaren Oberflächenstruktur entkoppeln und so einen destabilisierenden Legitimitätsverlust vermeiden (Meyer & Rowan 1977: 356–357; Tacke 1997: 11). Die Grenze der Organisation tritt in diesem Theorieansatz *zugunsten der Grenzen von organisationalen Feldern in den Hintergrund*, obwohl auch die Bestimmung der Grenzen von organisationalen Feldern nicht unproblematisch ist. Das folgende Zitat macht deutlich, wie Organisationsgrenzen im Soziologischen Neo-Institutionalismus konzeptualisiert werden, und dass diese vor allem von *Offenheit und Durchlässigkeit* gekennzeichnet sind:

> «According to the institutional conception as developed here, organizations *tend to disappear as distinct and bounded units*. Quite beyond the environmental interrelations suggested in open-systems theories, institutional theories in their extreme forms define organizations as dramatic enactments of the rationalized

> myths pervading modern societies, rather than as units involved in exchange – no matter how complex – with their environments» (Meyer & Rowan 1977: 346; Kursivsetzungen durch Autorin).

Da Organisationen die Erwartungen ihrer institutionellen Umwelten aufnehmen und die formalen Strukturen von Organisationen innerhalb des gleichen organisationalen Feldes zunehmend homogener werden, *verschwindet die Organisation als abgrenzbare Einheit* in ihrer Umwelt. Dieser Ansatz geht noch einen Schritt weiter als die Theorien offener Systeme, in der Systeme zwar mit ihrer Umwelt interagieren, die Grenze der Organisation aber nicht vollständig infrage gestellt wird.

Hervorzuheben ist die Auffassung, dass formale Strukturen von Organisationen nicht nur Ausdruck der Erfüllung rationaler Ziele sind, sondern die (symbolische) Übernahme von Strukturen auch der *Sicherung von gesellschaftlicher Legitimität* dient. Der Ansatz vermag zu erklären, wie Organisationen mit *konfligierenden Anforderungen und Erwartungen* umgehen. Eine wegweisende Erkenntnis des Soziologischen Neo-Institutionalismus ist die Erkenntnis, dass Organisationen in mehrere Umwelten und organisationale Felder eingebettet sind, deren Grenzen sich überlappen und Organisationen mit inkonsistenten und heterogenen Erwartungen konfrontieren. Die *Heterogenität der Umwelt* widerspiegelt sich im *Innenleben der Organisation*, die nicht mehr auf ein Bezugsproblem hin rationalisiert werden kann, sondern den Erwartungen mehrerer Umwelten gerecht werden muss (Tacke 1997: 12–13). So wird die Organisation zu einem *inkohärenten und multireferentiellen System*, das unterschiedliche Umwelterwartungen in sich vereint (Tacke 1997: 12–13). Diese radikale Position des Neoinstitutionalismus bezüglich der Auflösung von Grenzen wird kritisch diskutiert. Die Auflösung von Systemgrenzen ist vor allem aus der Perspektive der Systemtheorie unzulässig, denn ohne eine Unterscheidung zwischen System und Umwelt kann ein System keine eigene Operationsweise und keine stabilen Entscheidungsprozesse ausbilden (Luhmann 2000; Schreyögg & Sydow 2010).

4.2.3 Strukturationstheoretische Ansätze

Ein weiterer nennenswerter Zugang zu Organisationsgrenze ist der auf Giddens (1984) basierende *strukturationstheoretische Ansatz* (Ortmann & Sydow 2003; Ortmann, Sydow et al. 1997; Sydow & Duschek 2000). An diesem Ansatz hervorzuheben ist, dass er eine *integrative Sichtweise* hat und wesentliche Erkenntnisse des Transaktionskostenansatzes (Williamson 1990, 1975), des Resource-dependence Approach (Pfeffer & Salancik 1978) sowie der neueren Systemtheorie (Luhmann 2002, 2000, 1984) zu vereinen versucht. Ausgangspunkt dieses Ansatzes ist die These, dass soziale Systeme, ihre Identität und ihre

Grenzen das Ergebnis von Strukturationsprozessen und von *reflexiv strukturierten sozialen Handlungen* sind (Ortmann & Sydow 2003: 905). Der Ansatz basiert auf der zentralen Erklärungsfigur von Giddens (1984) und der *Dualität von Struktur und Handlung:* Demnach setzen sich soziales Handeln und Strukturen gegenseitig voraus und stehen in einem *rekursiven Konstitutionsverhältnis* zueinander (Giddens 1984). Strukturen sind sowohl *Medium als auch Ergebnis sozialen Handelns*. Sie entstehen und verändern sich durch soziales Handeln und sind sowohl ermöglichend als auch limitierend, stabil als auch veränderbar. Daher entsteht auch nicht zuerst eine Organisation und dann ihre Grenzen, sondern beides entsteht gleichzeitig in einer *zirkulären und rekursiven Dynamik* (Ortmann 1995: 81ff). Organisationsgrenzen entstehen dadurch, dass sich Akteure in ihrem sozialen Handeln, in alltäglichen Interaktionen und Kommunikationen auf Strukturen beziehen und diese reproduzieren und verändern können (Ortmann & Sydow 2003: 905ff). Unter Strukturen sind konkret Regeln und Ressourcen zu verstehen (Giddens 1984: 16ff), z.B. Regeln der Sinnkonstitution und Bedeutungszuweisung sowie allokative und autoritative Ressourcen, welche die Ausübung von Macht ermöglichen (Ortmann & Sydow 2003: 905; Sydow & Duschek 2000: 443). Die Organisation und ihre Grenze konstituiert sich somit, indem sich Akteure in ihrem Handeln auf Regeln der Sinnkonstitution beziehen sowie mithilfe von Macht über Ressourcen verfügen können (Ortmann & Sydow 2003: 906). Vereinfacht könnte man auch sagen: Organisationsgrenzen bauen auf Strukturen auf und werden durch alltägliche Praktiken reproduziert. Dieser strukturationstheoretische Ansatz vereint verschiedene Grenzkonzepte und berücksichtigt, ähnlich wie die neuere Systemtheorie, die Bedeutung von Prozessen der Sinnkonstitution. Gleichzeitig wird, ähnlich wie im Resource-based View, anerkannt, dass Organisationsgrenzen von der Mobilisierung unterschiedlicher Ressourcen und ihrer Kontrolle abhängig sind. Grenzen sind somit sowohl Sinngrenzen, Rechtsgrenzen, Machtgrenzen als auch kulturelle Grenzen (Ortmann & Sydow 2003: 907). Basierend auf diesen strukturationstheoretischen Überlegungen wird ein konkreter Vorschlag ausgearbeitet, wie Grenzen empirisch zu untersuchen sind. Grenzen können auf drei unterschiedlichen Ebenen analysiert werden: innerhalb einer Organisation (zwischen Organisationeinheiten, Teams etc.), von einer Organisation selbst sowie auf der Ebene von Netzwerken. Die Strukturationsprozesse, die zur Entstehung von Grenzen führen, können in Raum und Zeit, von innen nach aussen, von oben nach unten und bezüglich formeller und informeller Aspekte analysiert werden (Ortmann & Sydow 2003; Sydow & Duschek 2000).

Eine Errungenschaft dieses Ansatzes ist die These, dass *Grenzen nicht statisch* sind, sondern *durch dynamische Strukturationsprozesse* zustande kommen. Grenzen können sich

neu formieren, gleichzeitig sind sie aber *konstitutiv für das Zustandekommen von Organisationen*. Der Ansatz verweist auf die *Temporalität der Grenzkonstituierung* und hat die Differenz zwischen formal vorgesehenen Grenzen und den informellen Praktiken ihrer Entstehung im Blick (Ortmann & Sydow 2003: 907).

4.2.4 Die Debatte um «boundary work»

Anders als der Soziologische Neo-Institutionalismus oder der strukturtheoretische Ansatz ist die angelsächsisch geprägte Debatte um den Begriff *«boundary work»* (Bucher, Chreim et al. 2016; Chreim, Langley et al. 2013; Comeau-Vallée & Langley 2020; Gieryn 1983; Kellogg, Orlikowski et al. 2006; Langley, Lindberg et al. 2019; Quick & Feldman 2014; Zietsma & Lawrence 2010) *kein eigenständiges Theoriegebilde*. Die Debatte wird von unterschiedlichen Theorien, vor allem der Praxistheorie (Nicolini 2012; Schatzki, Knorr-Cetina et al. 2000) sowie der Prozessforschung (Hernes 2014; Langley 2007; Tsoukas & Chia 2002) beeinflusst. Sie ist nichtsdestotrotz eine aktuelle und breit diskutierte Debatte innerhalb der soziologisch inspirierten Management- und Organisationsforschung, welche die Grenzthematik explizit zum Thema macht und es daher verdient, an dieser Stelle erwähnt zu werden.

So unterschiedlich die theoretischen Ansätze dieser Debatte auch sind, den Forschungsbeiträgen ist gemeinsam, dass Grenzen in Organisationen nicht einfach objektiv vorliegen, sondern im *organisationalen Vollzug und durch Akteure geschaffen, verändert und überwunden* werden. Die generische Definition von «boundary work» nach Langley et al. (2019) wird dem Verständnis vieler Forschungsarbeiten gerecht:

> «[…] the notion of "boundary work" refers to purposeful individual and collective effort to influence the social, symbolic, material, or temporal boundaries; demarcations; and distinctions affecting groups, occupations, and organizations» (Langley, Lindberg et al. 2019: 704).

In diesem Sinne besteht eine Parallelität zum oben vorgestellten strukturtheoretischen Ansatz, der ebenfalls eine *prozessuale und praxisorientierte Perspektive* auf die Entstehung von Grenzen einnimmt. Grenzen werden in der «boundary work»-Debatte vielfältig konzeptualisiert: Grenzen können räumliche Arrangements und somit *physischer Natur* sein (Hernes 2003: 37–38). Die Zugehörigkeit und Identität zu einer Berufsgruppe lässt wiederum *soziale Grenzen* in Organisationen entstehen (Hernes 2003: 38–40). Grenzen kommen ubiquitär vor und entstehen sowohl zwischen Organisationen und ihren Umwelten, zwischen organisationalen Subeinheiten als auch zwischen Gruppen. Dazu schreiben Hernes & Paulsen (2003: 10): «[…] boundaries are not "a few neat lines that can

be found", but [..] they are ubiquitous in organized life, and they are manifest symbolically as well as materially.» Andere Studien beschreiben Grenzen als «knowledge boundaries» (Brown & Duguid 2001) und untersuchen, wie Wissen über Teams transferiert werden kann (z.B. Carlile 2004). Den unterschiedlichen Beiträgen ist gemeinsam, dass Grenzen über konkrete Praktiken entstehen und der erfolgreiche Umgang mit konkreter Praktiken bedarf, die als «boundary work» (Langley, Lindberg et al. 2019) oder «boundary activities» (Cross, Yan et al. 2000) beschrieben werden. In dieser Debatte kann somit eine *Abkehr von Grenzen als Entitäten* hin zu *Grenzen als das Resultat von Praktiken* beobachtet werden. Das Verhältnis zwischen Praktiken und Grenzen ist dabei rekursiv: Grenzziehungen definieren, welche Praktiken innerhalb einer sozialen Einheit erwünscht bzw. legitim sind, und spezifische Praktiken stabilisieren Grenzen zwischen sozialen Einheiten (Zietsma & Lawrence 2010).

Mit Verweis auf «boundary work» werden zahlreiche soziale Phänomene wie Inklusion und Exklusion, Differenzierung und Integration, Macht, Sinnstiftungs-, Identitätsbildungs-, Innovations- und Lernprozesse analysiert (Langley, Lindberg et al. 2019: 704). Eine Mehrheit der Studien thematisiert die Frage, wie *Kollaboration* und *Koordination* über verschiedene Grenzen möglich gemacht werden können (Chreim, Langley et al. 2013; Comeau-Vallée & Langley 2020; Kellogg, Orlikowski et al. 2006; Rodríguez, Langley et al. 2003). Prominent wurden dabei die Überlegungen zu «boundary spanning» (Aldrich & Herker 1977; Ancona & Caldwell 1992). Der Begriff beschreibt Integrationsanstrengungen von Individuen und Gruppen, die als «Brückenbauer» agieren und zum Austausch von Erfahrung und Wissen zwischen sozialen Welten beitragen. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit kann auch dank sogenannter «boundary objects» (Bowker & Star 1999; Star & Griesemer 1989) gelingen. Artefakte wie Projektpläne, IT-Systeme oder Prototypen von Produkten können unterschiedliche Interessen von Akteuren verbinden, in Verhandlungssituationen unterstützen oder zu einem gemeinsamen Verständnis eines Problems beitragen (Carlile 2002).

Obwohl aus dieser heterogenen Debatte *kein einheitliches Verständnis von Grenzen* hervorgeht, kann doch festgehalten werden, dass die *Debatte ein prozessuales Verständnis von Grenzen* hat. Es gibt nicht nur *eine* formale Grenze, die eine Organisation von ihrer Umwelt trennt, sondern *eine Vielzahl an sozialen, kommunikativen, symbolischen und materiellen Grenzen*. Trotz dieser zentralen Einsichten weist die Debatte auch Schwachpunkte auf: Oftmals bleibt die *theoretische Konzeptualisierung von Grenzen unklar,* und Grenzen werden als Typologien von Grenzen (z.B. Unterscheidung in physische, soziale und mentale Grenzen bei Hernes (2003)) beschrieben. Über die

Aufzählung unterschiedlicher Typologien von Grenzen kann der Grenzbegriff nicht konzeptualisiert werden. Weil Grenzen in dieser Debatte breit verstanden werden, ist der *empirische Bezugspunkt der Studien nicht immer klar*: Zahlreiche unterschiedlich geartete Phänomene werden mit Verweis auf Grenzaktivitäten untersucht. Teilweise werden Grenzaktivitäten analysiert, ohne dabei ein tatsächliches empirisches Problem zu erklären. Ein Beispiel dafür ist die Studie von Lindberg, Walter et al. (2017: 81), in der zu lesen ist:

> «our aim is to analyze the very performing of boundary work […] instead of using boundary work to explain professions, their identities, their power, or their knowledge-sharing.»

Nichtsdestotrotz liegt die Errungenschaft dieser Debatte vor allem in der Einsicht, dass Grenzen durch ein kontinuierliches «doing» erschaffen werden, in Organisationen ubiquitär vorkommen und Grenzen eine zentrale Argumentationsfigur sein können, um soziale Dynamiken in Organisationen zu erklären. In diesem Sinne schreiben Langley, Lindberg et al. (2019: 731) «boundary work […] is about process, practice, and activity.»

4.2.5 Die Debatte um «new forms of organizing»

Eine weitere nennenswerte Literaturdebatte, die Organisationsgrenzen explizit zum Thema macht, ist die seit mehreren Jahrzenten geführte Diskussion um «new forms of organizing» (Ashkenas, Ulrich et al. 2002; Barberio, Höllerer et al. 2018; Dobusch & Schoeneborn 2015; Palmer, Benveniste et al. 2007; Pettigrew & Fenton 2000; Porschen-Hueck, Weihrich et al. 2018; Puranam, Alexy et al. 2014; Sanchez-Bueno & Suarez-Gonzalez 2010; Scott & Davis 2016; Siggelkow & Rivkin 2005). Obwohl auch diese Debatte von *heterogenen theoretischen Zugängen* geprägt ist und keine einheitliche Konzeptualisierung vorliegt, was Organisationsgrenzen auszeichnet, so ist ihnen dennoch eine grundlegende Überzeugung gemeinsam: Sie alle gehen von der zunehmenden *Flexibilisierung, Dynamisierung und Öffnung von Organisationen und deren Grenzen* aus. Charakteristisch für die moderne Arbeitswelt sei die *Ablösung starrer Organisationsstrukturen* durch *offenere Organisationstypen und Arbeitsformen*, in der die Vernetzung innerhalb und zwischen Organisationen eine immer grössere Rolle spielt (Porschen-Hueck, Weihrich et al. 2018: 236). Die Gründe für die zunehmende Offenheit von Organisationen sind dabei vielfältig: Der technologische Wandel, die Deregulierung von Märkten, die weiter fortschreitende Globalisierung, verstärkter Wettbewerbsdruck sowie die zunehmende Unsicherheit und Komplexität von Umweltdynamiken haben zur Abkehr bürokratischer Organisationsprinzipien geführt und Organisationen gezwungen, adaptivere Strukturen aufzubauen (Eisenhardt & Brown 1998; Prahalad & Hamel 1994; Siggelkow & Rivkin

2005: 101). Dank neuer Informationstechnologien können Transaktionen zwischen Organisationen und über deren Grenzen hinaus leichter und schneller erfolgen (Siggelkow & Rivkin 2005: 101). Um in turbulenten Umwelten mit hohem Marktdruck bestehen zu können, setzen Organisationen auf die Dezentralisierung von Expertise, temporär oder virtuell zusammengestellte Projektgruppen (Sydow & Braun 2017), die Einbindung von Kunden und Konkurrenten in die eigenen Innovationsprozesse (Gassmann & Enkel 2006), auf Kollaborationsarrangements in «strategischen Netzwerken» (Sydow 1992) oder «innovation ecosystems» (Shipilov & Gawer 2020) sowie auf flexiblere Formen von Mitgliedschaften (Dobusch & Schoeneborn 2015). Obwohl in dieser Debatte Organisationsgrenzen unterschiedlich definiert werden, so lautet die implizite Aufforderung vieler wissenschaftlicher Beiträge dennoch, dass moderne Organisationen ihre Grenzen *permeabler* gestalten sollen (z.B. Scott & Davis 2016). Das untenstehende Zitat demonstriert, dass moderne Formen des Organisierens oftmals mit einer *Öffnung von Systemgrenzen* einhergehen:

> «Wenn sich beispielsweise weltweit agierende Unternehmen mit einer Matrixorganisation völlig neu aufstellen und Standorte, Funktionsbereiche und Business-Units miteinander verschränken, wenn für kurzfristige Projekte virtuelle Teams weltweit situativ zusammengesetzt werden oder wenn für neue Innovationen bereichsübergreifend entlang des gesamten Produktlebenszyklus und mit Kundeneinbezug in Taskforces problemzentriert zusammengearbeitet wird, begeben sich Unternehmen aus ihrer klassischen Organisationsweise heraus und müssen interne wie externe *Organisationsgrenzen offener gestalten*, neue Formen der Kollaboration etablieren und nicht zuletzt auch heterogene Personaleinsatzstrategien entwickeln» (Porschen-Hueck 2017: 10; Kursivsetzungen durch Autorin).

Diese Öffnung von Systemgrenzen hat zu einer Vielzahl an neuen Organisationsformen geführt, die unter den Labels «virtuelle Organisation» (DeSanctis & Monge 1999) «temporale Organisation» (Lundin & Söderholm 1995), «projektbasierte Organisation» (Sydow & Braun 2017), «liquide Organisation» (Kociatkiewicz & Kostera 2014) oder «netzwerkartige Organisation» (Hedlund 1994; Rüegg-Stürm & Young 2000) untersucht werden. Die vermeintliche Verflüssigung von Grenzen gibt Anstoss, über die Frage nachzudenken, was Organisationen als soziale Phänomene auszeichnet und wie sie von anderen sozialen Formen wie Netzwerken, Gruppen oder sozialen Bewegungen abzugrenzen sind (Ahrne & Brunsson 2011; Dobusch & Schoeneborn 2015: 1006).

Es fällt auf, dass in dieser Debatte die *Fluidität von Systemgrenzen mehrheitlich positiv bewertet* wird. Offene Organisationsgrenzen werden mit *Innovation, Agilität und Anpassungsfähigkeit* gleichgesetzt und gegen traditionelle Organisationen mit «rigiden» Grenzen abgesetzt, die sich durch bürokratische Strukturen und fehlende Wandlungsfähigkeit auszeichnen (Ashkenas, Ulrich et al. 2002). Allerdings finden sich in der Debatte um «new forms of organizing» auch vereinzelte Beiträge, die in Annahme der Verflüssigung von Organisationsgrenzen infrage stellen. So argumentieren Heidenreich, Hiller et al. (2018: 170), dass Organisationen stets versuchen, sich über Grenzen zu schliessen und ihre eigene Operationslogik gegen Eingriffe von aussen zu schützen. Das Postulat der Verflüssigung von Grenzen stellt laut Schreyögg & Sydow (2010) den Kern von Organisationen infrage, denn ohne Grenzen kann es in Organisationen keine Strukturen und Praktiken geben:

> «In sum, social systems such as organizations are simply not conceivable without reference to workable identities and boundaries. It is necessary to establish and maintain interpretive action patterns that distinguish the system from its environment» (Schreyögg & Sydow 2010: 1253).

Auch Ortmann & Sydow (2003) und Arndt (2007) stellen die Verflüssigung von Systemgrenzen infrage. Zwar steht auch für sie fest, dass *sich Organisationsgrenzen transformieren*. Organisationsgrenzen sind aber in ständiger Bewegung und können *sowohl offen als auch geschlossen* sein. Mit Verweis auf die Systemtheorie ist es vor allem die *Balance zwischen Offenheit und Geschlossenheit*, die den Fortbestand eines Systems sichert (Arndt 2007; Schreyögg & Sydow 1997).

4.3 Zusammenfassende Reflexion zur Forschung über Grenzen

Organisationsgrenzen wurden aus vielfältigen theoretischen Perspektiven konzeptualisiert und in verschiedenen Literaturdebatten zum Analysegegenstand gemacht. Die hier vorgestellten betriebswirtschaftlichen und organisationssoziologischen Ansätze haben zu einem *vertieften Verständnis von Organisationsgrenzen* beigetragen. Betriebswirtschaftlich orientierte Forschung interessieren sich für die Frage, wie Grenzen nach *Kosten- und Effizienzüberlegungen* zu ziehen sind. Organisationssoziologische Forschungsbeiträge analysieren die *Bedeutung von Grenzen für die Entstehung von sozialen Systemen*. Für die prozessorientierte Organisations- und Managementforschung sind insbesondere strukturationstheoretische Ansätze (Ortmann & Sydow 2003; Ortmann, Sydow et al. 1997; Sydow & Duschek 2000) und die Debatte um «boundary work» (Langley, Lindberg et al. 2019) relevant. Diese Ansätze schlagen ein *dynamisches Verständnis von*

Organisationsgrenzen vor, wonach symbolische, soziale, kommunikative, rechtliche, kulturelle und physische Grenzen durch alltägliche Praktiken geschaffen und überwunden werden. Diese Theorien werden dem Credo des «organizational becoming» (Tsoukas & Chia 2002) gerecht, da sie Grenzen als *temporäre soziale Errungenschaften* konzeptualisieren und ihre Bedeutung für unterschiedliche empirische Phänomene zum Thema machen. Die Debatte um «new forms of organizing» (Palmer, Benveniste et al. 2007; Pettigrew & Fenton 2000; Puranam, Alexy et al. 2014; Schreyögg & Sydow 2010) zeigt auf, dass aufgrund der *Verflüssigung und Öffnung von Systemgrenzen in der modernen Gesellschaft* neue und flexiblere Organisationsdesigns und Organisationsstrukturen notwendig werden. In dieser Debatte ist erneut die Streitfrage entfacht, ob *soziale Systeme offen oder geschlossen*, ihre Grenzen fluid oder starr sind (siehe dazu Heidenreich, Hiller et al. 2018; Ringel, Hiller et al. 2018). In einem Grossteil der aktuellen Literatur zu «new forms of organizing» wird die Öffnung von Systemgrenzen mit *Innovation, Agilität und Flexibilität* gleichgesetzt. Offene Systemgrenzen werden als Notwendigkeit angesehen, damit Organisationen in der vernetzten Gesellschaft bestehen und sich der verändernden Umwelt schnell anpassen können. Auch klassische organisationssoziologische Theorien wie die *Theorien offener Systeme* (Bertalanffy 1968; Katz & Kahn 1966; Scott 1998; Thompson 1967) sowie der *Soziologische Neo-Institutionalismus* (DiMaggio & Powell 1983; Meyer & Rowan 1977; Powell & DiMaggio 1991) betonen die Auflösung von Systemgrenzen, z.B. zugunsten «organisationaler Felder» (DiMaggio & Powell 1983).

Aus der Perspektive der Systemtheorie von Niklas Luhmann (2000, 1997, 1984, 1964) ist das *Postulat der Offenheit und Verflüssigung von Organisationsgrenzen* kritisch zu hinterfragen. Gerade in turbulenten Umwelten ist eine Organisation auf Grenzen angewiesen, um ihre Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit aufrechtzuerhalten. Diese Grenzen gilt es allerdings dynamisch zu gestalten (Arndt 2007; Ortmann & Sydow 2003; Schreyögg & Sydow 2010) und die Organisation sowohl zu schliessen als auch zu öffnen bzw. eine spezifische *kommunikative Selektivität* aufzubauen. Dabei wird der enge Zusammenhang zwischen der *Gestaltung von Grenzen* und dem *Aufbau einer eigenen Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungs-Praxis* von vielen Beiträgen vernachlässigt. Lediglich der Artikel von Zietsma & Lawrence (2010) macht das Zusammenspiel von Grenzen und Praktiken zum Thema, indem aufzeigt wird, dass die Veränderung von sozialen Grenzen gleichzeitig Veränderungen in sozialen Praktiken erzeugt und diese teilweise delegitimiert. In dieser Dissertation wird der *Zusammenhang zwischen Grenzen und dem Aufbau einer Entscheidungs-Praxis* explizit thematisiert, denn wenn die Grenzen einer Organisation verändert werden, so hat dies immer auch Einfluss auf den

Möglichkeitsraum, innerhalb dessen Entscheidungen prozessiert werden. Nur dank der *Verfertigung und reflexiven Gestaltung von Grenzen* kann eine Organisation sich selbst und ihre spezifische Entscheidungs-Praxis sowohl stabilisieren als auch zukunftsfähig weiterentwickeln, so das Hauptargument dieser Dissertation in Anlehnung an die Arbeiten von Heidenreich, Hiller et al. (2018), Schreyögg & Sydow (2010), Arndt (2007) und Willke (1992). Ähnlich wie die Debatte um «boundary work» verabschiedet sich die Systemtheorie dabei von der Annahme, Organisationsgrenzen seien einfach zu definierende und einmal zu ziehende «Linien» zwischen einer Organisation und ihrer Umwelt. Vielmehr sind die Grenzen sozialer Systeme das *prozessuale Produkt kommunikativer Deutungs-, Zuschreibungs- und Aushandlungsprozesse* sowie das evolutionäre Produkt der strukturellen Ausdifferenzierung eines Systems. Grenzen entstehen durch kommunikative Praktiken und ermöglichen und limitieren diese. Grenzen und Entscheidungs-Praktiken *konstituieren sich wechselseitig*: Grenzen sind hinreichend für den Aufbau von Entscheidungs-Praktiken, etablierte Entscheidungs-Praktiken definieren wiederum Erwartungsräume und «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60). Das systemtheoretische Verständnis von Organisationsgrenzen sowie die Bedeutung von Grenzen für den Aufbau einer organisationalen Entscheidungsfähigkeit ist das Thema des nächsten Kapitels.

5. Grenzen in der neueren Systemtheorie

Für die neuere Systemtheorie von Niklas Luhmann (2000, 1999, 1997, 1984) sind Grenzen für die *Entstehung sozialer Systeme* konstituierend. Dieser Theorieansatz hat verschiedene Vorteile: Zum einen gelingt es die Streitfrage, die in der Debatte um «new forms of organizing» erneut entfacht ist (siehe dazu Heidenreich, Hiller et al. 2018; Ringel, Hiller et al. 2018), ob soziale Systeme offen oder geschlossen sind, zu beantworten. Systeme sind beides gleichzeitig, und ihre operative Geschlossenheit ist die Voraussetzung für ihre Offenheit gegenüber vielschichtigen Umwelten (Luhmann 2000: 54, 222ff). Zum anderen hat die Systemtheorie ein *prozessuales und kommunikationszentriertes Verständnis von Grenzen*, wie von Hernes (2014, 2004) eingefordert wird, denn *Grenzbildungsprozesse sind nie abgeschlossen,* und die Differenz zwischen System und Umwelt muss immer wieder hergestellt werden. Die Perspektive der neueren Systemtheorie erlaubt es zudem, den *Zusammenhang zwischen Grenzbildungsprozessen und dem Aufbau einer organisationalen Entscheidungsfähigkeit* zu thematisieren – eine neuartige Argumentationslinie, die in den hier thematisierten Literaturdiskursen nur selten zu finden ist. Wie es Organisationen in zunehmend vernetzten Wertschöpfungssystemen gelingen kann, eine eigene Entscheidungsfähigkeit aufzubauen, scheint sowohl von wissenschaftlicher als auch praktischer Relevanz zu sein. Mithilfe der Systemtheorie kann gezeigt werden, wie bedeutsam *die Gestaltung von Grenzen* für die *Entwicklung einer Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungs-Praxis* ist. Das Kapitel 5 hat daher das Ziel, diesen Zusammenhang detailliert zu erläutern und das systemtheoretische Verständnis von Grenzen darzulegen.

Die Systemtheorie ist ein grosser Wurf und gilt als eine der einflussreichsten Theorien der deutschsprachigen Soziologie. Sie hat einen allumfassenden Erklärungsanspruch und bezieht zu einer Vielzahl von Themen Stellung. Die Darstellung der Theorie beschränkt sich im folgenden Kapitel lediglich auf jene Aspekte, die für die Analyse des empirischen Datenmaterials und für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass es in der Sozialwissenschaft grundsätzlich problematisch ist, von *einer* Theorie bzw. in diesem Fall von *der* neueren Systemtheorie zu sprechen. Es wird damit suggeriert, dass eine *Theorie in sich konsistent, statisch und abgeschlossen* ist. Ein derart komplexes Gedankengerüst wie dasjenige der Systemtheorie kann diesen Idealen nicht entsprechen. Obwohl sich eine Theorie schliesslich als «fertig» präsentiert (Luhmann 2005a: 317), ist sie das *temporäre Resultat* eines intellektuellen Schaffensprozesses, der von unterschiedlichen Phasen und teilweise widersprüchlichen Wirkungsabsichten des Autors oder nachfolgenden Rezipienten beeinflusst wird. So sind auch die Arbeiten von Niklas Luhmann von verschiedenen Paradigmen geprägt. In der Sekundärliteratur ist seit

der Erscheinung seines Werks «Soziale Systeme» (1984) von einer «autopoietischen Wende» die Rede (Willke 2005: 303). Diese Dissertation bedient sich deshalb eines systemtheoretischen Argumentariums, da diese Theoriebrille hilft, ein *vertieftes Verständnis einer praxisrelevanten Problemstellung* zu entwickeln und ein *geeignetes Begriffsargumentarium* zur Verfügung stellt, um das empirische Datenmaterial zu analysieren. Im folgenden Kapitel werden daher nur jene systemtheoretischen Konstrukte erläutert, die für die Erklärung der Forschungsfrage hilfreich sind, unabhängig davon, ob sie vor oder nach der «autopoietischen Wende» entwickelt wurden, und unabhängig davon, ob sie der Feder Luhmanns entstammen oder von ihm zugewandten Forscherinnen. Dieser *eklektizistisch anmutende Ansatz* ist der Einsicht geschuldet, dass Theorien keine konsistenten Gedankenkonstrukte sind, deren Sinngehalt objektiv vorliegt und die dogmatisch auszulegen sind. Theorien sind vielmehr ein diffuses Gewebe von Texten (Barthes 2000), die es zu entschlüsseln gilt. Theorien sollten daher vor allem *nützlich* sein (Dachler 1992: 172) und zu einer «verständnisfördernden Perspektive» (Kubicek 1977: 29) beitragen.

5.1 Die Welt besteht aus sozialen Systemen

«Das zentrale Paradigma der neueren Systemtheorie heisst «System und Umwelt» (Luhmann 1984: 242), so ist es im Opus magnum von Luhmann zu lesen. Seine Theorie startet mit der Hypothese, dass die Welt aus sozialen Systemen besteht, die sich über ihre *spezifischen Operationsweisen von ihrer Umwelt unterscheiden*. Unter einem sozialen System kann dabei ein «Sinnzusammenhang von sozialen Handlungen verstanden werden, die aufeinander verweisen und sich von einer Umwelt nicht dazugehöriger Handlungen abgrenzen lassen» (Luhmann 2005b: 145). Die Entwicklung der modernen Gesellschaft ist eine *Entwicklung der Grenzbildungsprozesse* und erfolgt durch Differenzierung, also durch die Ausbildung sozialer Systeme, die jeweils unterschiedliche gesellschaftliche Funktionen erfüllen (Luhmann 1997). Dabei sind drei Typen von Systemen zu unterscheiden: *Funktionssysteme, Organisationssysteme und Interaktionssysteme* (Luhmann 1991b). Funktionssysteme sind eigenlogische Sinnzusammenhänge der Gesellschaft wie das wirtschaftliche, politische, wissenschaftliche oder das massenmediale System, die sich auf die Erfüllung einer Kernaufgabe spezialisiert haben. Der Antrieb für Systembildung in der modernen Gesellschaft ist die *Handhabung und Reduktion von Komplexität* (Luhmann 2005b: 147), denn Funktionssysteme erfüllen nur bestimmte Aufgaben, sind gegenüber vielen anderen Problemstellungen hingegen indifferent. Innerhalb von Funktionssystemen wiederholt sich die Ausbildung von Subsystemen, und so werden sie von zahlreichen Organisationen durchdrungen. Wie Funktionssysteme sind auch *Organisationen*

eigenlogische Systeme, die sich auf Basis von kommunikativ verfertigten *Entscheidungen* reproduzieren (Luhmann 2000). In ihnen findet eine Vielzahl von *Interaktionen* statt. Auch Interaktionen beschreibt Luhmann als *Systeme eigener Art*, die sich über das Kriterium der Anwesenheit von anderen Systemformen unterscheiden (Luhmann 1991b: 10).

Eine zentrale Annahme von Luhmann ist, dass soziale Systeme nicht aus physischen Artefakten oder Personen bestehen. In frühen Schriften versteht Luhmann soziale Systeme als eigenlogische Sinnzusammenhänge, die sich aus *sozialen Handlungen* zusammensetzen (Luhmann 2005b: 145). Zu einem späteren Zeitpunkt erklärt er Kommunikation als «Letztelement» sozialer Systeme (Luhmann 1984). So sind auch Organisationssysteme letztendlich als *Kommunikationssysteme* zu begreifen, die kontinuierlich Entscheidungen produzieren (Luhmann 2000). Soziale Systeme sind somit *komplexe Kommunikations-zusammenhänge*, die sich reproduzieren, indem Kommunikation an vorherige Kommunikation anschliesst (Luhmann 1984). Massgebend ist nicht die Frage, ob soziale Systeme aus Kommunikation oder aus Handlungen bestehen. Relevant ist die Einsicht, dass Systeme eine *Eigenlogik* ausbilden, die *nicht auf die Ebene von Personen* zurückgeführt werden kann. Sowohl Handlungen als auch Kommunikation sind als *prozessuale, kollektive Errungenschaften* zu verstehen, die eine Realität sui generis bilden und eine eigene «Agency» haben. Individuen sind zwar an Kommunikation beteiligt, sie können diese aber weder determinieren noch ihre Eigenlogik kontrollieren (Luhmann 1984).

Mit Luhmann kann somit gesagt werden, dass die Welt eine *Welt sozialer Systeme* ist (Luhmann 1984). Soziale Ordnung und gesellschaftliche Entwicklungsprozesse sind nur durch die *Handhabung von Komplexität* und «durch Bildung sozialer Systeme, die sich in Grenzen gegenüber einer überkomplexen Umwelt eine Zeit lang stabil halten können» (Luhmann 1981: 284–285) möglich. Soziale Systeme zeichnen sich dadurch aus, dass sie Systeme sind, weil sie *nicht* Umwelt sind und einer eigenen Operationslogik folgen. Die für die Systemtheorie so wichtige Unterscheidung zwischen System und Umwelt wird im folgenden Kapitel genauer ausgeführt.

5.2 Die System-Umwelt-Differenz und die Handhabung von Komplexität

Wie bereits erwähnt, ist die *System-Umwelt-Differenz* die zentrale Voraussetzung für die Entstehung und Entwicklung sozialer Systeme. Formale Organisationen wie Spitäler sind in der Systemtheorie als *selbst-referentielle, autopoietische Systeme* zu verstehen, die sich von ihren jeweiligen Umwelten abgrenzen (Luhmann 1984). Damit ist gemeint, dass sie sich auf *Basis ihrer eigenen Elemente*, die im Fall von Organisationen *kommunikativ verfertigte Entscheidungen* sind, selbst erzeugen und sich in ihrer Operationsweise auf sich, und eben nicht auf ihre Umwelten beziehen. Organisationen sind langlebige Systeme, die ihre Existenz erhalten wollen, indem sie *fortlaufend Entscheidungen produzieren* und diese Entscheidungen mit bestehenden verknüpfen. Sie sind *prozessualer Natur*, schreiben durch die kontinuierliche kommunikative Verfertigung von Entscheidungen eine eigene Geschichte, kennen eine Vergangenheit und entwickeln Vorstellungen über mögliche Zukünfte (Simon 2007: 23). Dieser *Systemerhaltungsprozess* wird in der Systemtheorie mit Verweis auf die Arbeiten von Maturana & Varela (1980) als *Autopoiesis* bezeichnet. Abgeleitet ist das Wort aus dem Griechischen *autos*, «selbst», und *poiesis* «schöpferische Tätigkeit, Werk», und meint *Selbstherstellung oder Selbsterzeugung* (Simon 2007: 24). Mit diesem Kunstbegriff wird betont, dass soziale Systeme ihre Elemente unter Zuhilfenahme bestehender Elemente selbst produzieren und somit *auf Basis ihrer eigenen Operationen geschlossen* sind (Luhmann 2000: 48ff). Autopoietische Systeme sind *strukturdeterminiert*, was bedeutet, dass ihr Verhalten aufgrund ihrer eigenen Strukturen bestimmt wird und sie nicht von aussen determiniert werden (Simon 2007: 25). Veränderungen in der Umwelt können vom System zwar beobachtet werden, haben aber *keinen direkten kausalen Effekt*, denn autopoietische Systeme reagieren aufgrund ihrer eigenen Operationslogik auf Zustandsänderungen (Simon 2007: 25). Es kann keine *kausale Ursache-Wirkungs-Beziehungen* zwischen Ereignissen der Umwelt und der Reaktion von autopoietischen Systemen geben, oder wie Luhmann sagt: «Es gibt keine Punkt-für-Punkt-Übereinstimmung zwischen System und Umwelt» (Luhmann 1984: 447). Autopoiesis darf jedoch nicht mit *Autarkie* verwechselt werden, denn es steht für Luhmann ausser Frage, dass Organisationen *Austauschbeziehungen zu ihren Umwelten* unterhalten und auf diese angewiesen sind. Die Autopoiesis und operative Geschlossenheit von Systemen stehen nicht im Widerspruch *zu ihrer Öffnung gegenüber Umwelten*.

Eine Organisation, die sich und seine Operationen selbst erzeugt, muss sich als Einheit beobachten und von einer Umwelt unterscheiden können (Luhmann 2000: 46). Ein System kann nur dann als System beschrieben werden, wenn es durch eine *Grenze von einer Umwelt* getrennt wird. Dies wurde bereits im eingangs präsentierten Zitat deutlich, wonach

soziale Systeme als Sinnzusammenhänge von sozialen Handlungen zu verstehen sind, die sich «von einer Umwelt nicht dazugehöriger Handlungen abgrenzen lassen» (Luhmann 2005b: 145). Jede soziale Handlung, jede Kommunikation, jede Entscheidung kann entweder einem System oder der Umwelt eines Systems zugeschrieben werden. Ob eine Kommunikation dem System oder der Umwelt zugeschrieben wird, bestimmt ein System selbst, indem es sich und die Umwelt ständig beobachtet. Die *System-Umwelt-Differenz ist daher eine interne Leistung eines Systems* und kommt durch das Oszillieren zwischen Selbst- und Fremdbeobachtung zustande:

> «Systemgrenzen sind «nur Konsequenz der Tatsache, dass das System sich intern an der Unterscheidung von Selbstreferenz und Fremdreferenz orientiert. Sie sind auch nicht objektiv feststehende Tatbestände wie die Felle oder Federn von Tieren. Sie ergeben sich vielmehr aus der rekursiven Vernetzung der Operationen des Systems, also daraus, dass das System erkennen muss, welche vergangenen und welche zukünftigen Operationen als ‚eigene' zu behandeln sind» (Luhmann 2000: 79).

Für die Fortsetzung der Autopoiesis und für den Existenzerhalt eines Systems muss ständig markiert werden, ob eine Operation als «eigen» oder «fremd» zu behandeln ist. Könnte man nicht zwischen «eigen» und «fremd» unterscheiden und würde es keine Grenze zwischen System und Umwelt geben, käme die Autopoiesis zu einem Ende, das System könnte keine eigene Entscheidungsfähigkeit ausbilden und würde sich in Umwelt auflösen. Die Entstehung von Systemgrenzen ist von *internen Zuschreibungsprozessen* abhängig und von der Entscheidung, ob eine Entscheidung zu einem System gehört oder zu seiner Umwelt (Cooren & Seidl 2020).

Das Konzept der System-Umwelt-Differenz besagt, dass die Umwelt eine *systemspezifische Umwelt* ist, also ein spezifischer Ausschnitt der Welt, den die Organisation in Abgrenzung zu sich selbst als Umwelt markiert. So kann auch eine Organisation ihre eigene Identität und Handlungsfähigkeit ausbilden, die nicht einfach objektiv vorliegt, sondern nur durch Abgrenzung zu einer spezifischen Umwelt wahrnehmbar ist:

> «Umwelt ist ein systemrelativer Sachverhalt. Jedes System nimmt nur sich aus seiner Umwelt aus. Daher ist die Umwelt eines jeden Systems eine verschiedene. Somit ist auch die Einheit der Umwelt durch das System konstituiert. «Die» Umwelt ist nur ein Negativkorrelat des Systems» (Luhmann 1984: 249).

Umwelt darf somit nicht als gegebene «Restgrösse» verstanden werden. Jedes System produziert seine eigene System-Umwelt-Differenz und nimmt nur einen spezifischen Teil der Welt als Umwelt wahr. Die Definition der Umwelt erfolgt aus der Perspektive eines beobachtenden Systems. Die Differenz zwischen Umwelt und System und mit ihr die Identität eines Systems ist *nicht statisch*, sondern *in ständiger Bewegung* und kann durch die kontinuierliche Reproduktion von Operationen verändert werden.

Ohne die System-Umwelt-Differenz sind Systeme nicht zu denken. Die Unterscheidung zwischen einem Innen und einem Aussen löst ein fundamentales Problem: den *Umgang mit Komplexität und somit die Absorption von Unsicherheit*. Dank der Bildung von sozialen Systemen und der Stabilisierung einer Innen-Aussen-Differenz wird es möglich*, Inseln geringer Komplexität* in der Welt zu schaffen und «Weltkomplexität» zu bündeln (Luhmann 2005b: 147). Das System grenzt sich von seiner Umwelt ab, um die unbestimmbare Komplexität der Welt intern kontrollieren zu können und bestimmbar zu machen. Nach dem Motto «es muss Vieles ausgeschlossen werden, damit Weniges möglich wird» (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 201), schaffen Organisationen durch Grenzbildungsprozesse ein einfacher zu kontrollierendes Innen, indem durch Strukturen die Verknüpfungsmöglichkeiten von Elementen eingeschränkt werden (Willke 2005: 307). Systemkomplexität ergibt sich, indem Operationen des Systems auf andere Operationen verweisen, aber, und das ist das entscheidende, nicht auf alle (Willke 2005: 306). Die *Systemkomplexität schliesst mehr Möglichkeiten aus* als jene der Weltkomplexität (Luhmann 2005b: 147). Zwischen Umwelt und System besteht somit ein Komplexitätsgefälle, ein Gefälle zwischen einer komplexen Umwelt und einem komplexitätsabsorbierenden System. Die Einschränkung von Möglichkeiten im System macht es möglich, dass Systeme eine *eigene, systemspezifische Komplexität* aufbauen können und sich autopoietisch reproduzieren können. Die Reduktion von Weltkomplexität ist die *Bedingung für den Aufbau von Systemkomplexität* (Luhmann 2002: 121) und macht somit Systeme handlungs- und entscheidungsfähig:

> «Im Grunde ist das ja das Prinzip der Bildung von Systemen durch operative Schließung ihrer Grenzen: Die *Umwelt wird ausgeschlossen*, damit das System *auf Grund dieser Reduktion von Komplexität eigene Komplexität aufbauen kann*; und die operativ produzierte Außengrenze wird intern durch die Unterscheidung von Selbstreferenz und Fremdreferenz markiert» (Luhmann 2000: 222; Kursivsetzungen durch Autorin).

Die obigen Ausführungen können folgendermassen zusammengefasst werden: Organisationen sind als selbstreferentielle, autopoietische Systeme zu verstehen, die sich durch eigene Operationen erzeugen und nicht kausal von der Umwelt gesteuert werden. Ein System kann nur als Einheit von zusammenhängenden Elementen wahrgenommen werden, wenn es sich durch eine *intern erzeugte System-Umwelt-Differenz* von der Aussenwelt unterscheidet. Das System nimmt sich selbst in Abgrenzung zu einer Umwelt wahr. Die Bestimmung von Umwelt ist somit eine systeminterne Leistung, und *Umwelten sind systemrelative Produkte*. Systemgrenzen dienen nicht nur dem Erhalt der Autopoiesis, sondern lösen das Problem der *Handhabung von Komplexität*. Ein System reduziert die Komplexität der Welt, indem es durch Ausschluss von Verknüpfungsmöglichkeiten von Elementen *Komplexität intern kontrolliert*. Die Reduktion von Weltkomplexität ermöglicht den Aufbau von Systemkomplexität. Durch diese Einschränkungen der internen Optionenvielfalt wird die *organisationale Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit* sicherstellt. Es ist von grossem Vorteil, dass Organisationen nicht jedes Element mit jedem Element verknüpfen, sondern eine *eigene Selektivität* ausbilden (Luhmann 2000: 192). Die Bedeutung von Selektivität und ihr enger Zusammenhang mit Komplexitätsreduktion und Grenzbildungsprozessen wird im nächsten Kapitel erläutert.

5.3 Komplexitätsreduktion bedeutet Erhöhung der Selektivität

Der Komplexitätsbegriff von Luhmann hängt stark mit der Vorstellung von Selektivität zusammen. Wie bereits ausgeführt, versteht Luhmann unter Komplexität eine zusammenhängende Menge von Elementen, deren Verknüpfungskapazität eingeschränkt ist und deren Elemente nicht beliebig miteinander verknüpft werden können (Luhmann 1984: 46). Gewisse Operationen und Entscheidungen werden dadurch wahrscheinlicher, andere unwahrscheinlicher. Diese *Unsicherheitsabsorption durch Einschränkung von Möglichkeiten* führt dazu, dass Organisationen handlungs- und entscheidungsfähig sind, da sie nicht ständig mit einer *kaum handhabbaren Vielzahl an Entscheidungsmöglichkeiten* konfrontiert werden. Die Reduktion von Komplexität erfolgt, wie oben bereits ausgeführt wurde, dank Grenzbildungsprozessen und der Differenz zwischen einem Innen und Aussen. Dieser Gedanke fasst Willke (2005: 307) pointiert zusammen, wenn er schreibt:

> «So erscheint organisierte Komplexität in der Tat als ein Produkt doppelter Negation. Durch die Differenz von System und Umwelt, durch Grenzbildung und durch diese Begrenzung auf bestimmte herausgehobene Relationen negiert ein System Unordnung und das Chaos vollkommener Kontingenz.»

Diese Grenzbildungsprozesse und die mit ihr mitlaufende Komplexitätsreduktion führt demnach zu einer *stärkeren Selektivität* eines Systems. Mit Selektivität ist der *Grad der Einschränkung von Verknüpfungsmöglichkeiten der Elemente eines Systems* bzw. der Grad der Relationierbarkeit gemeint (Willke 2005: 306). Damit das System sich reproduzieren kann, bedarf es einer hochgradigen Selektivität, damit nicht zu jedem Zeitpunkt alles möglich ist. Durch Selektivität wird eine Auswahl getroffen aus der Gesamtheit von möglichen Verbindungen zwischen Elementen (Luhmann 1984: 187f). Das Verhältnis zwischen *Komplexität und Selektivität ist umgekehrt proportional*: Je höher die Selektivität eines Systems ist, das heisst wenig ist intern zulässig und viele Operationsmöglichkeiten sind eingeschränkt, desto geringer ist die Komplexität eines Systems und ihre Veränderungsfähigkeit (Willke 2005: 306). Je geringer die Systemselektivität ist, das heisst viele verschiedene Operations- und Entwicklungsmöglichkeiten sind denkbar, desto höher ist die Systemkomplexität (Willke 2005: 306).

Die Komplexität eines Systems führt zu *Selektionszwang*. Ohne Redundanzen und die Einschränkung von Möglichkeiten kann die autopoietische Selbstproduktion nicht aufrechterhalten werden, da nicht zu jedem Zeitpunkt über alles neu entschieden werden kann (Luhmann 1984). Die *unbestimmbare Komplexität wird durch Selektivität bestimmbar,* und es formiert sich eine «Architektur der Ordnung» (Willke 2005: 316). Die Selektivität hängt stark mit der *Systemstruktur* zusammen, denn die Verbindungsmöglichkeiten von Elementen werden durch Strukturen, Pfadabhängigkeiten, bewährte Praktiken und interne Verhaltensregeln eingeschränkt (siehe Kapitel 5.8). Die Ausbildung von Selektivität ist eine *zentrale Voraussetzung für Wachstum*: Entweder bleibt ein System klein und hält sich alle kombinatorischen Möglichkeiten seiner Elemente offen, oder es reduziert Entwicklungsmöglichkeiten durch Struktur und ermöglicht gleichzeitig Wachstum (Luhmann 1984: 73).

Die Systemstruktur bestimmt somit den *Grad und den Fokus der Selektivität* und das mögliche Komplexitätsniveau eines Systems (Mainzer 2012: 95). Ist die «Innenseite» eines Systems stark formalisiert und verfügt es über eine hohe Selektivität, so wird die Entwicklung eines Systems stärker in eine bestimmte Richtung gelenkt. Es entsteht eine sogenannte «kontingente» Entwicklung. Mit dem *Begriff «Kontingenz»* ist gemeint, dass eine Entwicklung eines Systems so ist, wie sie ist, sie könnte aber immer auch anders sein und ist «weder notwendig noch unmöglich» (Luhmann 1984: 152). Den *Zusammenhang zwischen Komplexität, Selektivität und Kontingenz* bringt Luhmann folgendermassen auf den Punkt: «Komplexität heisst […] Selektionszwang. Selektionszwang heisst Kontingenz, und Kontingenz heisst Risiko» (Luhmann 1984: 47). Mit Risiko ist hier gemeint, dass sich

ein System durch eine zu starke Selektivität und einem zu geringem Komplexitätsniveau nicht ausreichend mit Variationsmöglichkeiten versorgen kann. Gerade in dynamischen Umwelten muss ein System immer auch die *Möglichkeit der Strukturveränderung* in Betracht ziehen. Die Selektivität bezieht sich nicht nur auf interne Einschränkung von Operations- und Verknüpfungsmöglichkeiten von Elementen, sondern gleichzeitig auch auf die *selektive Beobachtung und Wahrnehmung der Umwelt* durch das System. Ein tiefes Mass an Selektivität bedeutet, dass die Organisation auf viele unterschiedliche Informationen und Ereignisse der Umwelt *kommunikativ resonant* ist. Die Selektivität hat eine *Filterfunktion*: Entweder nehmen Organisationen Veränderungen in ihrer Umwelt wahr und reagieren aufgrund ihrer eigenen Operationen darauf, oder sie sind für Zustandsveränderungen in der Umwelt indifferent. Es ist abhängig von der spezifischen Selektivität einer Organisation, ob eine Veränderung der Umwelt vom System als relevante Information beobachtet wird und Einfluss in Entscheidungsprozesse findet, oder lediglich als «Rauschen» aussen vor bleibt (Rüegg-Stürm & Mitterlechner 2011: 8).

Die Herausforderung von sozialen Systemen besteht darin, ein *geeignetes Mass an Selektivität* zu finden, das zwar ausreichend Stabilität für Strukturbildungsprozesse ermöglicht und durch Reduktion von Komplexität die organisationale Handlungsfähigkeit sicherstellt. Gleichzeitig muss trotz Selektivität auch die Voraussetzung geschaffen werden, auf relevante Umweltveränderungen reagieren zu können und gegenwärtige Strukturen anzupassen. Das doppelseitige Risiko dieses Balanceaktes und die Schwierigkeit eines geeigneten Grades an Selektivität beschreibt Tacke (1997: 29) im folgenden Zitat:

> «In Umwelten mit hoher Dynamik laufen Organisationen dann entweder Gefahr, an einem Mangel an Handlungsfähigkeit zu scheitern, der durch das ungefilterte Eindringen Unsicherheit signalisierender Informationen verursacht wird […], oder an ihrer „Selbstsicherheit“ zu scheitern, weil sie Umweltwandel erst wahrnehmen, wenn er sich für die Organisation schon in schwer bearbeitbaren Krisen niederschlägt.»

Das Konzept der Selektivität streift somit ein fundamentales Problem der Organisations- und Managementtheorie, nämlich die Frage nach dem idealen Mass an *Komplexitätsreduktion und Komplexitätserweiterung*, nach *Stabilität und Wandel*. Wie können Organisationen sich gegenüber den Turbulenzen der Umwelt schliessen und langfristig ihre Handlungsfähigkeit bewahren, sich gleichzeitig aber öffnen und Strukturveränderung ermöglichen? Die systemtheoretische Antwort auf diese Frage und die

These, dass Organisationen gleichzeitig offen und geschlossen sind, ist das Thema des nächsten Kapitels.

5.4 Operative Geschlossenheit als Voraussetzung für kommunikative Offenheit

Die obigen Ausführungen haben gezeigt, dass sich Organisationen über die intern produzierte System-Umwelt-Differenz abgrenzen. Die Grenze zur Umwelt ermöglicht es einem System eine *eigene Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit* aufzubauen und sich selbst auf Basis eigener Entscheidungen zu reproduzieren (Luhmann 2000). Trotz dieser autopoietischen Reproduktion und der operativen Geschlossenheit ist aber jede Organisation von ihrer Umwelt und vom *Zu- und Abfluss von Ressourcen* abhängig. Es ist ausgeschlossen, dass eine Organisation *ohne Umwelt* entstehen und sich ohne Umweltbezug reproduzieren kann (Luhmann 1984: 35). Bereits Luhmann (2000: 70) hat früh darauf hingewiesen, dass die Abhängigkeiten zwischen Systemen und ihren Umwelten zunehmen wird – eine Vermutung, die in Anbetracht der globalisierten, vernetzten Welt eingetroffen ist. Laut der Systemtheorie sind Organisationen daher nicht nur operativ geschlossen, sondern immer *auch offen gegenüber ihren Umwelten*. Die in der Literatur geführte Diskussion um die Frage, ob soziale Systeme offen oder geschlossen sind (siehe dazu Heidenreich, Hiller et al. 2018; Ringel, Hiller et al. 2018), ersetzt Luhmann durch die Frage, wie selbstreferentielle Geschlossenheit Offenheit erst erzeugen kann (Luhmann 1984: 25). Es ist die selbstreferentielle Geschlossenheit von sozialen Systemen, die *eine Gleichzeitigkeit zwischen Prozessen der selektiven Offenheit und Geschlossenheit*, Stabilität als auch Wandel ermöglicht, so die These der neueren Systemtheorie.

Geschlossenheit bezieht sich auf die *operative Geschlossenheit von Systemen*: Organisationen reproduzieren sich aufgrund von Entscheidungen, die mit vergangenen Entscheidungen verknüpft werden. Anschlussfähig werden Entscheidungen auf Basis von *Sinn*, denn jede Organisation prozessiert auf ihre spezifische Art und Weise Sinn (Luhmann 1984: 96). Was für die eine Organisation Sinn macht, ergibt für eine andere Organisation, die eine andere Geschichte kennt und andere Strukturen hervorgebracht hat, keinen Sinn. *Systemspezifischer Sinn* ermöglicht es somit, dass Entscheidungen aufeinander verwiesen können, aneinander anknüpfen und so die selbstreferentielle Operationsweise geschlossen werden kann (Luhmann 1984: 64, 96). Welche Entscheidung auf eine andere folgt, ist nicht beliebig: Strukturen und die Selektivität des Systems schränken ein, was in einem System möglich ist und welche Entscheidungen aneinander anknüpfen (Luhmann 1992: 172). Die Autopoiesis verlangt, *dass* kontinuierliche Entscheidungen hervorgebracht werden, die

internen Strukturen und die Selektivität des Systems bestimmt wiederum, *wie* entschieden wird (Luhmann 1992: 167).

Trotz der operativen Geschlossenheit auf Basis von sinnvoll miteinander verknüpften Entscheidungen sind Organisationen *umweltoffen*. Sie können dank der System-Umwelt-Differenz nicht nur sich selbst, sondern auch die Umwelt und den Effekt, den ihre Entscheidungen auf die Umwelt haben, beobachten. Systeme und ihre Umwelten *irritieren sich gegenseitig*, denn Umwelt wird vom System als «Irritation, als Störung, als Rauschen» (Luhmann 1992: 173) wahrgenommen. Diese Irritationen können vom System *als Informationen selegiert* werden und in die eigenen Entscheidungsprozesse einfliessen, wobei das System selbst entscheidet, ob eine Zustandsveränderung der Umwelt eine für das System relevante Information darstellt oder nicht. Unter Information versteht die Systemtheorie in Anlehnung an Gregory Bateson dabei Folgendes:

> «Als «difference that makes a difference» ist Information ein Eigenprodukt des Systems, ein Moment des Prozessierens von Entscheidungen und nicht ein Faktum in der Umwelt, das unabhängig von Beobachtung […] existiert» (Luhmann 1992: 173).

Organisationen sind auf der Ebene von Operationen geschlossen, gleichzeitig aber *informationell oder «kognitiv»* (Ringel, Hiller et al. 2018: 175) *offen* gegenüber ihren Umwelten. Sie sind für ihre autopoietische Reproduktion sogar auf Irritationen der Umwelt angewiesen, die sie zu systemeigenen Entscheidungen verarbeiten (Luhmann 1992: 173). Wenn eine Organisation eine Irritation der Umwelt für sich als Information wahrnimmt, kann sie *einen grösseren Ausschnitt der sozialen Welt* wahrnehmen. Das System wird durch endogen erzeugte «Reizbarkeit» sensibler für gewisse Aspekte seiner Umwelt und kann seine *Grenze selektiv öffnen* (Luhmann 1984: 80). Ob eine Irritation als Information wahrgenommen wird und *wie* diese Information Entscheidungsprozesse beeinflusst, ist abhängig von der Eigenlogik einer Organisation.

Die *Gleichzeitigkeit von Offenheit und Geschlossenheit* kann am *Begriff der «Autonomie»* ausgeführt werden: Aufgrund der operativen Geschlossenheit sind Organisationen autonom, das heisst selbstbestimmt. Sie setzen die selektiven Kriterien für den Verkehr mit der Umwelt selber (Luhmann 2005c: 197). Dies bedeutet aber nicht, dass eine Organisation *autark* und ohne Umweltkontakt überleben kann:

> «Autarkie würde Isolierung, würde Unabhängigkeit von physischen oder informationellen Leistungen der Umwelt bedeuten. Autonomie setzt im Gegenteil diese Art Abhängigkeit voraus und bezeichnet den Grad der Freiheit,

> mit dem die Beziehungen zwischen System und Umwelt durch die selektiven Kriterien des Systems selbst geregelt werden können» (Luhmann 2005c: 197).

Selektive Öffnung und Schliessung bedingen sich wechselseitig und können als zwei Seiten desselben Prozesses, nämlich der Positionierung des Systems in seiner Umwelt und der permanenten Bestätigung oder Modifikation seiner Grenzen, betrachtet werden (Arndt 2007: 228). Die operative Geschlossenheit von Systemen schafft die Voraussetzung für ihre kommunikative Offenheit:

> «Die theoretische Grundlage für die Analyse zunehmender Verflechtungen und wechselseitiger Abhängigkeiten liegt in der These, dass Offenheit nur auf der Basis von Geschlossenheit möglich ist, denn Interdependenzen kann es nur geben, wo es Grenzen gibt, die Erwartungen differenzieren und regulieren können» (Luhmann 2000: 71).

Aufgrund der obigen Überlegungen ergibt sich die spannende Frage, in Bezug auf welche Themen eine Organisation zur Öffnung oder zur Schliessung tendiert. Aufgrund von Umweltabhängigkeiten und Interdependenzen mit anderen Organisationen kann ein System eine einmal errichtete Grenzziehung nicht unverändert lassen (Arndt 2007: 228). Organisationen können langfristig nur dann überleben, wenn sie die Fähigkeit bewahren, sich gegenüber bestimmten Umweltveränderungen sensibel zu zeigen und *Strukturveränderungen* zulassen. Die Sicherung der langfristigen Existenz ist aber gleichzeitig auf ein gewisses *Mass an Geschlossenheit gegenüber Störungen der Umwelt* angewiesen, damit die *Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit bewahrt* wird und eine Organisation nicht im Chaos wechselnder Umwelteinflüsse zerfliesst (Willke 1992: 22).

Luhmann kann die Frage, in Bezug auf welche Themen- und Problemstellungen sich eine Organisation öffnen oder schliessen soll, nicht beantworten. Er zeigt aber, dass Organisationen zwei Optionen haben, um auf Umwelteinflüsse zu reagieren: entweder mit Erhöhung von Redundanz oder mit Erhöhung von Varietät (Luhmann 1992). Die Redundanz innerhalb eines Systems ist hoch, wenn ein System stark gegenüber ihrer Umwelt geschlossen ist, sich das System nur mit sehr ähnlichen Entscheidungen befasst und Strukturen stark formalisiert sind (Luhmann 1992: 174). Veränderungen der Umwelt werden dann nicht als Informationen wahrgenommen, Entscheidungen werden auf bekannte Art und Weise weiter produziert und somit die Redundanz im System erhöht. Im Gegenteil dazu kann ein System seine eigene Varietät erhöhen, wenn es auf Turbulenzen der Umwelt mit struktureller Anpassung reagiert und verschiedenartige Entscheidungen zulässt (Luhmann 1992: 174). Bei hoher Varietät legen sich einzelne Entscheidungen

wechselseitig weniger fest, und es ist schwierig von einer Entscheidung die nächste vorauszusagen. Das Destabilisierungsrisiko steigt, und die Entwicklung einer Organisation wird unberechenbarer (Luhmann 1992: 175). Dadurch verringert sich die Redundanz des Systems: Strukturveränderung wird möglich und Systemkomplexität erhöht. Organisationen *oszillieren* somit ständig *zwischen der Aufnahme und dem Abweisen von Umweltrauschen*, zwischen Verlust oder Wiederherstellung von Redundanz und zwischen dem *Öffnen und Schliessen von Grenzen* (Luhmann 1992: 175). Für den Existenzerhalt von sozialen Systemen bedeutet dies, dass ihre Grenzen und die intern getroffene System-Umwelt-Differenz einer komplizierten Neujustierung ausgesetzt ist und die *Weiterentwicklung der Organisationen durch Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung* geprägt werden (Arndt 2007: 226–229).

5.5 Grenzen sind Mitgliedschafts- und Erwartungsgrenzen

Die bisherigen Ausführungen zum Grenzverständnis der neueren Systemtheorie haben gezeigt, dass soziale Systeme ohne ihre intern getroffene Unterscheidung zwischen System und Umwelt nicht denkbar sind. Eine Organisation braucht eine Grenze, um Komplexität intern handhaben zu können. Organisationsgrenzen können aber nicht einmal festgelegt werden, sondern werden durch *Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung ständig neu justiert*. Organisationen sind somit zwar operativ geschlossen, gleichzeitig aber auch offen für Umweltveränderungen, sofern diese überhaupt als Informationen selegiert und wahrgenommen werden.

Laut der Systemtheorie entsteht die Grenze einer Organisation entlang der *Unterscheidung von Mitgliedern und Nicht-Mitgliedern* (Luhmann 2000, 1999). Wer Mitglied eines Systems ist, wird über konkrete *Mitgliedschaftsentscheidungen* bezüglich Eintritt und Austritt geregelt (Tacke 1997: 6). Beispielsweise werden Personen durch die Unterzeichnung eines Arbeitsvertrags zum Mitglied und somit zum Teil einer Organisation. Die Organisation stellt ganz bestimmte Erwartungen an das Verhalten ihrer zugehörigen Mitglieder: So wird z.B. von einer Lehrperson erwartet, dass sie mit Lernenden interagiert und von einer Ärztin, dass sie kranke Patienten betreut. Mitglied einer Organisation zu sein, bedeutet eine spezifische Rolle einzunehmen und dieser in unterschiedlichen Situationen gerecht zu werden (Luhmann 1999: 39ff). Mit *dem Begriff «Rolle»* ist ein Gefüge von unterschiedlichen Verhaltenserwartungen gemeint (Simon 2007: 44), die aber losgelöst von einer konkreten Person sind. Personen als Träger der gleichen Rollen sind mit gleichen Verhaltenserwartungen konfrontiert und so können sich über Rollen stabile Verhaltensmuster und Strukturen bilden, auch wenn Personen ausgetauscht werden (Simon

2007: 44). Mitglieder einer Organisation müssen, sofern sie zu dieser Organisation dazugehören wollen, ihrer Rolle gerecht werden und diverse Mitgliedschaftsregeln einhalten:

> «Die Mitgliedschaft wird, mehr oder weniger strikt, zumindest aber "formal", an die Bedingung der Regelbefolgung gebunden. Nur wer die Regeln anerkennt, kann eintreten. Wer sie nicht mehr befolgen will, muss austreten» (Luhmann 1991a: 41).

Innerhalb einer Organisation besteht somit Konsens darüber, dass das Ignorieren von Regeln oder die Nicht-Erfüllung von spezifischen Erwartungen mit der Fortsetzung der Mitgliedschaft nicht zu vereinen ist (Luhmann 1999: 38). Welche Erwartungen eine Organisation an Mitarbeiter stellt, wird über Arbeitsverträge, Stellenbeschreibungen, Leitbilder und Codes of Conducts geregelt. Erwartungen können dabei unterschiedlich stark formalisiert sein. Zentral ist jedoch, dass *die Grenze einer Organisation als eine Mitgliedschafts- und Erwartungsgrenze* verstanden werden kann (Tacke 1997): Gewisse Erwartungen an Mitglieder sind legitim und kollektiv anerkannt, gewisse andere hingegen nicht. Innerhalb des Systems gelten andere Erwartungen als ausserhalb des Systems. Somit sind Organisationsgrenzen «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60). Daraus entsteht für die Organisation und auch für ihre Umwelt der Vorteil, dass *Handlungen bzw. Entscheidungen erwartbar und berechenbar* werden. Die Funktion der Mitgliedsrolle besteht im Grundsatz darin, dass der *Verhaltensspielraum von Akteuren so eingeschränkt wird*, dass er innerhalb gewisser Bandbreiten *prognostizierbar* wird (Simon 2007: 45). Die Öffnung oder Schliessung von Grenzen kann sich auch auf die Erweiterung oder Einschränkung von Erwartungen beziehen: Prozesse der *Grenzschliessungen schaffen Erwartungssicherheiten*, Prozesse der *Grenzöffnungen* gehen mit einer *Erhöhung von Unsicherheiten* einher.

Der Effekt der Formalisierung von Erwartungen ist, wenigstens an der Oberfläche einer Organisation, eine *Konformität von Verhalten der Akteure* (Kühl 2010). Durch die Bejahung von Eintritts- und Austrittsentscheidungen der Mitglieder können individuelle Motive teilweise neutralisiert sowie *stabile und personenunabhängige Erwartungszusammenhänge* aufgebaut werden (Tacke 1997: 7). So wird beispielsweise erwartet, dass ein Gremium eine spezifische Entscheidungsbefugnis hat, auch wenn Personen dieses Gremiums ausgetauscht werden. Aufgrund dieser allgemein akzeptierten Verhaltenserwartungen muss *nicht zu jedem Zeitpunkt über alles diskutiert* werden. Selbstverständlich können Erwartungen auch missachtet werden oder sich verändern. Ein

Organisationsmitglied kann aber im schlimmsten Fall *seine Mitgliedschaft aufs Spiel setzen*, wenn stark von generischen Mitgliedschaftserwartungen abgewichen wird (Kühl 2010: 4). Viele Erwartungen, z.B. dass man seine Arbeitskraft für Geld bereitstellt, müssen von Organisationsmitgliedern stillschweigend akzeptiert werden. Die von den Bedürfnissen einzelner Akteuren losgelöste Mitgliedschaftsrolle ermöglicht der Organisation auch eine gewisse Flexibilität, da nicht «jeder konkrete Zug, jede Reaktion, jede Einzelleistung unter den Mitgliedern besonders ausgehandelt werden muss» (Luhmann 1999: 94). So muss eine Organisation beispielsweise nicht jedes einzelne Mitglied um Erlaubnis fragen, wenn die strategische Positionierung angepasst wird. Mitglieder müssen die grundlegenden Unternehmenszwecke, Hierarchien sowie andere Mitglieder akzeptieren, obwohl natürlich auch jene Grenzbereiche interessant sind, in denen unklar ist, ob eine Erwartung von einem Mitglied als legitim wahrgenommen wird oder nicht (Kühl 2010: 5).

Grenzen verstanden als *Mitgliedschaft- und Erwartungsgrenzen sind nicht einmalige Festlegungen*. Die Bedingungen der Partizipation können in einem System selektiv verschärft werden und Erwartungen strikter formuliert werden (Tacke 1997: 7). Die Erwartungen an Mitglieder können auch selektiv gelockert und entformalisiert werden, z.B. um konkurrierende Mitglieder zur Kooperation zu bewegen oder um talentierte Mitglieder zu gewinnen, die unter der Bedingung strikter Erwartungshaltungen nicht rekrutiert werden können (Tacke 1997: 7). Die Strategien, wie Mitglieder inkludiert oder exkludiert werden, sind variabel, und Mitgliedschaftsgrenzen können zu einem Zeitpunkt stärker und zu einem anderen Zeitpunkt schwächer formalisiert sein. Entscheidend ist die These der Systemtheorie, dass sich *Systemgrenzen an Erwartungen manifestieren* und auf das *Prinzip der Mitgliedschaft* gestützt sind (Luhmann 2000).

Vor dem Hintergrund der *Diskussion um «new work»* (Hackl, Wagner et al. 2017), der Virtualisierung von Organisationen sowie dem *Aufkommen netzwerkartiger Organisationsformen* wirkt diese These veraltet. Die moderne Wirtschaft scheint von *fluiden und diffusen Formen der Mitgliedschaft* geprägt zu sein (siehe dazu Dobusch & Schoeneborn 2015). Organisationsgrenzen können immer weniger über die strikte Trennung zwischen Mitglied und Nicht-Mitglied definiert werden, so die Annahme vieler aktueller Forschungsbeiträge. Wie relevant ist somit der Mitgliedschaftsbegriff angesichts dieser Entwicklungen noch? Die kontinuierliche Verschiebung von Mitgliedschaftsgrenzen kann dazu führen, dass noch genauer beobachtet wird, wer unter welchen Bedingungen zu einem System gehört oder nicht. Auch wenn, oder vielleicht gerade weil, Erwartungsgrenzen ständigen Veränderungen unterliegen, wird das «Management der Mitgliedschaft» und die Frage, wie die Grenzen der Mitgliedschaft gezogen werden, zu

einem *zentralen und noch bedeutsameren Gestaltungsbereich von Management-Verantwortlichen* (Kühl 2010: 18).

5.6 Die Multireferenz von Organisationen und ihren Grenzen

Die Grenze eines Systems entsteht somit unter anderem über die Unterscheidung von Mitgliedern und Nicht-Mitgliedern sowie über die Gestaltung von *Erwartungsräumen*. Dabei ist es verkürzt zu sagen, die Organisation hat *eine* Grenze. Die moderne Welt ist laut Luhmann durch *multiple Grenzbildungsprozesse* entstanden (Luhmann 1997). Gesellschaftliche Funktionssysteme und Organisationen haben sich *gegenseitig zur Umwelt*. Somit ist die Umwelt von Organisationen keine homogene, sondern vielmehr eine *vielschichtige und heterogene*, bestehend aus zahlreichen sozialen Systemen, die sich auf die Erfüllung spezifischer Aufgaben spezialisiert haben. Eine Organisation hat nicht nur eine Umwelt, sondern *mehrere* Umwelt*en*. Ein Spital muss sich beispielsweise an einer wissenschaftlichen, einer politischen, einer ökonomischen und einer ethischen Umwelt ausrichten und steht gleichzeitig mit zahlreichen anderen formalen Organisationen wie Krankenkassen, IT-Zulieferern, Arztpraxen, öffentlichen Behörden und anderen Spitälern im Austausch. Die Tatsache, dass Organisationen sich für ihre Reproduktion an mehreren Umwelten gleichzeitig orientieren, wird in der systemtheoretischen Literatur mit dem Begriff der *«Multireferenz» von Organisationen* bzw. «multireferentieller Grenzziehung» beschrieben (Lieckweg & Wehrsig 2001; Luhmann 1999: 76; Tacke 2001). Diese Multireferenz von Organisationen hat weitreichende Folgen für das Innenverhältnis und den Aufbau von Organisationen. Um unterschiedlichen Erwartungen der Umwelt entsprechen zu können, kommt es innerhalb des Systems zu einer *erneuten Systemdifferenzierung*. Mit Systemdifferenzierung ist «zunächst einfach Wiederholung der Systembildung im Innern von Systemen» (Luhmann 1999: 76) gemeint. Dies bedeutet, dass auf der Basis der Grenze eine Organisation eine eigenständige Identität aufbaut, diese aber in *mehrere Subsysteme und mehr oder weniger autonome Handlungssysteme* zerfällt, die wiederum eine spezifische Erwartungsgrenze ausbilden können und somit das Gesamtsystem als ihre Umwelt haben (Tacke 1997: 8). Interne Differenzierung und mit ihr die *Multiplikation von Grenzen* wird vor allem bei der Zunahme von Systemkomplexität und -wachstum wichtig: Es ist für jedes System erforderlich, dass

> «eine gewisse Größenschwelle überschreitet, Leistungseinheiten zu bilden, die sich in begrenztem Umfang selbst stabilisieren und damit selbst Systemcharakter gewinnen. Jede Differenzierung ist Differenzierung in Untersysteme» (Luhmann 1999: 76).

Wenn die Systemkomplexität also stark ansteigt und die Entwicklungs- und Operationsmöglichkeiten im System zunehmen, wird die *Bildung von Systemen in Systemen* notwendig, «die unbestimmbar Gewordenes wieder selektiv bestimmen können» (Schmidt & Kieserling 2017: 33). Die Bildung von Subsystemen, also die interne *Differenzierung in spezialisierte Teams und Abteilungen*, ist eine Form des Umgangs mit Umweltkomplexität. Dank der internen Differenzierung können sich Organisationen noch besser in einer Umwelt positionieren und spezifischen Umwelterwartungen innerhalb spezialisierter Subsysteme bearbeiten. Die Komplexität im Innenverhältnis wird durch Bildung von Subsystemen sowohl reduziert als auch gleichzeitig gesteigert: Reduziert wird Systemkomplexität deshalb, weil *nicht mehr alle Organisationsmitglieder für alles verantwortlich* sind. Einzelne Subeinheiten können sich wechselseitig unterstellen, dass bestimmte Probleme der Organisation an einer gewissen Stelle bearbeitet werden (Tacke 1997: 9). Dazu schreibt Luhmann:

> «Jedes Teilsystem übernimmt, wenn man so sagen darf, einen Teil der Gesamtkomplexität, indem es sich nur an der eigenen System/Umwelt-Differenz orientiert, mit dieser aber das Gesamtsystem für sich rekonstruiert. So kann das Teilsystem sich durch die Voraussetzung entlastet fühlen, dass viele Erfordernisse der Gesamtsystemreproduktion anderswo erfüllt werden» (Luhmann 1984: 262).

Beispielsweise muss sich eine Ärztin im Idealfall nicht darum kümmern, dass in einem Operationssaal Stromanschlüsse für medizinische Geräte bereitgestellt werden. Die interne Differenzierung in Berufsgruppen und Teilsystemen führt zu einer *Spezifikation von Verhaltenserwartungen einzelner Akteuren* und letztendlich zu einer *Ausdifferenzierung von Mitgliedschaftsrollen*. Die Teilsysteme können einer besonderen Aufgabe nachgeben «und dabei ohne sich ihr exklusiv und rücksichtslos zu widmen, doch in hohem Masse indifferent bleiben gegen das, was andere tun» (Luhmann 1999: 77). Die interne Differenzierung in Subsysteme dient somit der *Arbeitsteilung und Spezialisierung*. Gleichzeitig wird Komplexität im System durch Bildung von Subsystemen aber auch erhöht: Es gilt *zusätzliche Grenzen zu gestalten* und zusätzliche Handlungssysteme zu koordinieren und aufeinander abzustimmen. Die Untersysteme haben zwar Leistungsaufgaben, die sich aus den Bedürfnissen des Gesamtsystems ergeben (Luhmann 1999: 77), gleichzeitig muss aber verhindert werden, dass diese *losgelöst und ohne Bezug zu den übergeordneten Zielen des Gesamtsystems* agieren. Wenn sich das Gesamtsystem in Untersysteme aufteilt, können die Grenzen dieser Untersysteme als *innere Schranken des Gesamtsystems* zum Problem werden (Luhmann 1999: 79). Die interne Differenzierung

bewirkt einen «Zerfall in Kleinwelten» (Luhmann 1999: 83) und führt innerhalb von Mitgliedern des gleichen Gesamtsystems zu einer engen Grenze wischen «uns» und «den anderen» (Luhmann 1999: 83). Autonome und hoch spezialisierte Teilsysteme mit eigenen Identitäten, Mitgliedschaftsrollen, Arbeitsweisen und Aufgaben entstehen. Luhmann beschreibt damit ein Phänomen, das später in der Literatur unter dem Begriff der «Community-of-Practice» (Brown & Duguid 2001; Wenger 1998) behandelt wurde. In einer «Community-of-Practice» bzw. innerhalb eines Subsystems gelten andere Erwartungen und Ziele als ausserhalb und es entsteht eine eigenständige Sozialordnung:

> «Ein System, das sich differenziert, sprengt dadurch seine Grenzen, indem es seinen Untersystemen eine speziellere und damit eine universellere Orientierung ermöglicht. Aus kleinen, unverbundenen und scharf abgegrenzt nebeneinanderlebenden Gruppen entwickeln sich komplizierte Sozialordnungen […]» (Luhmann 1999: 79).

Mitglieder werden somit *Mitglieder in zwei Systemen*, dem Untersystem und dem Gesamtsystem, und ihre Handlungen können von Aussenstehenden beiden Systemen zugeschrieben werden. Diese *mehrfachen Zurechenbarkeiten* werden dann zum Problem, wenn das Subsystem nicht mehr als Teil des Gesamtsystems betrachtet wird (Tacke 1997: 9). Laut Luhmann braucht es ein *Minimum an gemeinsamer Orientierung*, um die Integration des Gesamtsystems nicht zu gefährden und um die Aussengrenze des Gesamtsystems gegenüber der Umwelt indifferent halten zu können (Luhmann 1999: 79).

Mit der internen Ausdifferenzierung in Subsysteme werden die *Austauschverhältnisse zur Umwelt vielfältiger*, denn die einzelnen Subsysteme richten sich an spezifischen Umwelten aus. Subsysteme unterhalten *ausgewählte Beziehungen zu ihren relevanten Umwelten* (Tacke 1997: 9). In diesem Sinne dient die interne Differenzierung der «Steigerung der Grenzleistung» (Luhmann 1984: 54) des Gesamtsystems. Da die Organisation in multiple Umwelten eingebettet ist, kann nicht eine einzige Grenze verschiedene Umweltkontakte regulieren. Subsysteme übernehmen die Funktion, dass sie *im Auftrag des Gesamtsystems Umweltkontakte kanalisieren* und der Umwelt besondere «Ansprechpartner» zur Verfügung stellen (Luhmann 1999: 88; Tacke 1997: 10). Eine wichtige Aufgabe haben dabei die sogenannten «Grenzstellen» (Luhmann 1999: 220ff), die in besonderer Weise für den Austausch mit der Umwelt verantwortlich sind (siehe Kapitel 5.7).

Je heterogener ein System seine Umwelt wahrnimmt, desto stärker wird es sich intern differenzieren und *Prozesse der Grenzziehungen steigern*. Die Komplexität der Umwelt schlägt sozusagen auf das Innenverhältnis des Systems durch. Die Umwelt präsentiert sich

der Organisation voller *Inkonsistenzen und konfligierenden Erwartungen.* Die Organisation reagiert auf diese Multireferenz, indem es die Inkonsistenzen der Umwelt in sich abbilden und somit selbst zu einem multireferentiellen, inkohärenten und in mehrere Subsysteme aufgespaltene Einheit wird (Luhmann 1999: 73ff; Tacke 1997: 12). Organisationen erhöhen *durch die Multireferenz ihre internen Grenzleistungen* und können nicht als widerspruchsfreie Einheiten mit nur *einer* Grenze verstanden werden. Sie sind vielmehr durch arbeitsteilig organisierte «Paralleloperationen» charakterisiert, die von *unterschiedlichen Subsystemen mit spezifischen Aufgaben und Erwartungen* ausgeführt werden (Luhmann 1999: 88; Tacke 1997: 12). Obwohl die Integration von Subeinheiten durch ein ausreichendes Mass an gemeinsamer Orientierung gewährleistet werden soll (Luhmann 1999: 79), kann ein *konfliktreiches Nebeneinander von Subsystemen* für das Gesamtsystem insgesamt funktional sein. Funktional sind Differenzen zwischen Subsystemen dann, wenn sie nicht das Gesamtsystem willkürlich zersetzen, sondern Konflikte der relevanten Umwelten sind, die im Innern des Systems abgebildet und verhandelt werden, um diese unter die Kontrolle der Organisation bringen zu können:

> «Überschneidungen und Konflikte sind jedoch nur sinnvoll, wenn in ihnen sich die wesentlichen Systemprobleme, insbesondere widerspruchsvolle Anforderungen der Umwelt abspiegeln. Wird die Differenzierung übertrieben […], dann erzeugt sie aus sich selbst heraus Konflikte, die das Gesamtsystem zersetzen, ohne notwendige Entscheidungsfunktionen zu erfüllen» (Luhmann 1999: 88).

Die Ausführungen haben gezeigt, dass Organisationen in *multiple, widersprüchliche und inkonsistente Umwelten* eingebettet sind. Um mit der Multireferenz der Umwelt umgehen zu können, differenzieren sich Organisationen und bilden *Subsysteme mit eigenen Erwartungsgrenzen* aus. Durch die Wiederholung von Grenzen innerhalb des Systems und der damit einhergehenden Spezialisierung werden der «Zerfall in Kleinwelten» (Luhmann 1999: 83) und die *Koordination und Integration* von Subsystemen zum Problem. Gleichzeitig kann durch interne Differenzierung aber auch Binnenkomplexität reduziert werden, der Umweltkontakt eines Systems kanalisiert und das System auf inkonsistente Erwartungen der Umwelt eingestellt werden. Sofern die Organisation in ihrem Innenverhältnis die Komplexität der Umwelt abbilden kann, ermöglicht die interne Differenzierung arbeitsteiliges Handeln.

Es kann festgehalten werden, dass es aufgrund der Multireferenz von Organisationen *zahlreiche Grenzen gleichzeitig zu gestalten gibt:* Nicht nur die Aussengrenzen zur

Umwelt, sondern auch diverse interne Grenzen, die durch Subsystembildung entstanden sind, müssen laufend bestätigt, hinterfragt oder justiert werden, um den Erhalt des Systems nicht zu gefährden. Dabei kommt den *Grenzstellen* einer Organisation eine besondere Funktion zu. Die Aufgaben von Grenzstellen sowie deren Bedeutung für Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung sind das Thema des nächsten Kapitels.

5.7 Die Bedeutung und Funktionen von Grenzstellen

In ausdifferenzierten Organisationen sind der Austausch mit der Umwelt und somit die *Gestaltung von Grenzen nicht mehr Sache aller Organisationsmitglieder*, sondern eine herausspezialisierte Funktion einiger weniger Akteure (Luhmann 1999: 220–221). Diese Akteure in den sogenannten Grenzstellen sind für die selektive Öffnung und Schliessung der Organisation von grosser Bedeutung. Sie haben eine ambivalente und anspruchsvolle Rolle: Grenzstellen *regulieren und kanalisieren den Umweltkontakt*, damit eine Organisation sich sowohl an den Erwartungen der Umwelt ausrichten kann und sensibel für Umweltveränderungen ist. Gleichzeitig müssen sie aber durch Abwehr von Umwelteinflüssen und Irritationen ein ausreichendes Mass an Autonomie und Stabilität bewahren und die Entscheidungsfähigkeit der Organisation aufrechterhalten. Was Luhmann mit dem Begriff «Grenzstelle» bezeichnet, wird in anderen Literaturdebatten mit «boundary spanning units» (Thompson 1967) oder «boundary spanning roles» (Aldrich & Herker 1977; Aldrich 1971) beschrieben. Klassische Beispiele von Akteuren, die für die Regulierung des Umweltkontaktes verantwortlich sind und spezifische Austauschbeziehungen zu einem Umweltausschnitt des Systems pflegen, sind HR-Spezialisten, IT-Fachexpertinnen, Öffentlichkeitsabteilungen oder auch Management-Teams. Grenzstellen oder «boundary spanners» fungieren als «Brückenbauer» und begünstigen den Austausch von Erfahrungen, Wissen und Sinn zwischen zwei oder mehreren sozialen Systemen (Levina & Vaast 2005). Von ihnen wird erwartet, sowohl inter- als auch intraorganisationale Grenzen zu regulieren. Grenzstellen sind im besonderen Masse mit der Umwelt des Systems konfrontiert:

> «Sie empfangen die Verhaltenserwartungen, welche die Umwelt an das System adressiert, sozusagen im Rohzustand und unverfälscht, bevor also die Information durch mehrere Hände gelaufen ist und sich den im System herrschenden Annahmen über die Umwelt angeglichen hat, bevor alles Verfängliche daraus weginterpretiert ist» (Luhmann 1999: 221).

Grenzstellen haben gegenüber dem Rest der Organisation einen gewissen *Informationsvorsprung*. Sie haben für die Organisation eine an Bedeutung kaum zu

überschätzende *Filterfunktion*: Grenzstellen selegieren Informationen und bewerten sie als für das System relevant oder irrelevant. Luhmann (1999: 224) schreibt, dass *Grenzstellen die Umwelt für das System interpretieren*. Sie sichten und filtern Umweltinformationen und bringen sie in eine Sprache, die im System verstanden und akzeptiert wird, oder systemtheoretisch gesprochen, die an die bestehende Kommunikation anschlussfähig ist (Luhmann 1999: 224). Dabei ist wichtig zu sehen, dass Informationen der Umwelt nicht einfach vorliegen und Grenzstellen diese nicht an das Gesamtsystem «weitergeben». Die Zustandsveränderungen der Umwelt müssen als «ein Unterschied, der einen Unterschied macht» (Bateson 1985: 582), erkannt und interpretiert werden. Weick (1995) würde in diesem Zusammenhang wohl von «Sensemaking» sprechen, denn Informationen haben nicht per se einen Informationswert, sondern ihnen wird Sinn von einem System zugeschrieben. Grenzstellen unterhalten vielfältige *Beziehungen zu Ansprechpartnern ihrer Umwelten*. Zwischen der Umwelt und der Organisation entstehen dadurch «Zwischensysteme», die nicht selten von persönlichen Beziehungen geprägt sind (Luhmann 1999: 226). In diesen Zwischensystemen werden Informationen gesammelt, bewertet und Erwartungen, welche die Umwelt an das System hat, ausgehandelt. Grenzstellen müssen dabei mit *Ambivalenzen, Unsicherheiten und Widersprüchlichkeiten der Umwelt* umgehen. Herausfordernd sind auch *multiple Rollenverflechtungen* von Akteuren in Grenzstellen: «Das Mitglied an der Grenze wird dann unversehens Mitglied in zwei Systemen: dem formalisierten System auf der einen Seite, seinen Außenbeziehungen […] auf der anderen Seite» (Luhmann 1999: 226). In diesen *Zwischen- und Verhandlungssystemen*, die als Interaktionssysteme zu verstehen sind, entstehen eigene Regeln und Verhaltenserwartungen. Man ist auf gegenseitige Zugeständnisse und Entgegenkommen angewiesen. Um die Kommunikation in diesen Zwischensystemen zu erleichtern und *Konflikte zwischen System und Umwelt auszubalancieren*, werden die Erwartungen an diese doppelt eingebundenen Mitglieder *selektiv entformalisiert bzw. gelockert*. Kleine Illoyalität oder die Weitergabe von vertraulichen Informationen werden in diesen Zwischensystemen bis zu einem bestimmten Grad akzeptiert, um den Austausch und die Verhandlungen zwischen zwei sozialen Systemen zu erleichtern (Luhmann 1999: 226). Dank dieser *Pufferzonen* können Erwartungen «umgebildet und angeglichen werden, um aus einem System in das andere fließen zu können» (Luhmann 1999: 230). In diesem Sinne entlasten Grenzstellen die Organisation vor Konflikten der Umwelt, die sonst an einer anderen Stelle der Organisation unkontrolliert auftreten würden und schwieriger zu bearbeiten wären. Dazu schreibt Luhmann:

> «Außerdem haben aber die Grenzstellen für Frieden an den Grenzen zu sorgen, für Ausgleich von Spannungen, für Beschwichtigung des Publikums und für rechtzeitige Vorbereitung des Systems auf notwendige Programmänderungen. Sie dienen als Antennen zur Warnung des Systems» (Luhmann 1999: 223–224).

Mit dieser Aussage, Grenzstellen fungieren als Antennen zur Warnung des Systems, wird erneut auf die *Filterfunktion von Grenzstellen* verwiesen. Sobald einmal eine Information als relevante Information wahrgenommen wurde, gibt es für Grenzstellen *grundsätzlich zwei Möglichkeiten*, um auf Informationen und Umweltirritationen zu reagieren: Eine Möglichkeit besteht darin, die als relevant selegierten Umweltinformationen in das System einzuschleusen und sie in Entscheidungsprozesse einfliessen zu lassen (Luhmann 1999: 224). Indem Grenzstellen die Organisation mit Umweltirritationen versorgen, ermöglichen sie Strukturveränderungen und organisationales Lernen. Nicht selten wird den Grenzstellen daher auch Misstrauen entgegengebracht, denn die Organisation wird durch Grenzstellen mit Unsicherheit, mit unerwarteten und unerwünschten Informationen konfrontiert (Luhmann 1999: 224). Daher ist das Verhandlungsgeschick von Akteuren in Grenzstellen entscheidend, die eine *Übersetzungsleistung* zu erbringen haben und Informationen in Auftrag des Systems *vorselektieren, einschätzen und bewerten* müssen. Grenzstellen beschaffen somit aktiv Informationen für das System und öffnen dieses selektiv auf bestimmte Themen und Erwartungen, damit die Weiterentwicklung des Systems in einer dynamischen Umwelt gesichert werden kann.

Die zweite Möglichkeit, um auf Umweltirritationen zu reagieren, besteht darin, dass Grenzstellen diese zurückweisen. Grenzstellen können die Organisation vor destabilisierenden Effekten *schützen*, indem sie Unsicherheit an den Grenzen des Systems «wegpuffern» (Tacke 1997: 29). Externe Einflüsse werden abgewehrt und die Autonomie der Organisation gegenüber Erwartungshaltungen der Umwelt abgeschirmt. In diesem Fall steht das *Durchhalten organisationaler Prozesse und Praktiken* gegenüber der Unsicherheit inkonsistenter anderer Möglichkeiten im Vordergrund (Tacke 1997: 29). Um die Organisation vor Erwartungen der Umwelt zu schützen, nutzen Grenzstellen unterschiedlicher Strategien, die in der Literatur unter «gaming» oder «impression management» (Goffman 1959) beschrieben werden.

Den Grenzstellen kommt eine wichtige *Doppelfunktion in der selektiven Öffnung und Schliessung von Grenzen* zu: «boundary roles serve a dual function in information transmittal, acting as filters and facilitators» (Aldrich 1979: 250). Sie haben die Aufgabe, sowohl Voraussetzungen für die Änderung von Strukturen und Entscheidungen zu

schaffen, als auch die Entscheidungsfähigkeit durch selektive Informationsprozesse zu schützen (Tacke 1997: 29).

Eine weitere Aufgabe von Grenzstellen ist die *Repräsentationsfunktion*. Grenzstellen wird das Recht zugesprochen, im *Auftrag des Gesamtsystems* und als *Stellvertreter des Systems* zu handeln: «Das Handeln *eines* Mitglieds, das durch die formale Organisation dazu bestimmt ist, gilt als Handeln *aller* Mitglieder» (Luhmann 1999: 221). Grenzstellen vertreten das System nach aussen und machen sich im Idealfall für seine Interessen stark (Luhmann 1999: 238). Sie agieren als «Agent» des Systems. Für die Umwelt einer Organisation entsteht dadurch der Vorteil, dass Kommunikation effizient erfolgen kann. Die Umwelt kann damit rechnen, dass die kommunikativen Ergebnisse von Verhandlungen mit Grenzstellen innerhalb des Gesamtsystems Gültigkeit haben (Luhmann 1999: 221). Die Repräsentationsfunktion von Grenzstellen führt dazu, dass ein System in seiner Umwelt *sichtbar und für diese fassbar* wird. Grenzstellen können zur *Akzeptanz und Legitimität* beitragen und leisten somit einen wichtigen Beitrag zum Systemerhalt: «Boundary-spanning personnel can help maintain the legitimacy of their organization by providing information to important client groups that is specifically adapted to them» (Aldrich 1979: 253). Dabei ist zu betonen, dass *Akzeptanz und Legitimität von Grenzstellen* nicht einfach fraglos vorausgesetzt werden kann. Ob die Grenzstelle von der Umwelt als Repräsentant des Systems wahrgenommen wird, ist das *Resultat eines kommunikativen Aushandlungsprozesses*. Es kann entscheidend sein, dass Grenzstellen mit Personen besetzt werden, die eine hohe Autorität und Hierarchie im System haben (Luhmann 1999: 235). Laut Luhmann (1999: 236) bietet es sich an, die Systemspitze, gemeint ist hier die höchste Management-Ebene, als Grenzstellen einzusetzen. Besonders effizient verlaufen Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung gegenüber der Umwelt dann, wenn einzelne wenige Grenzstellen ein *«Monopol» für die Regulierung des Umweltkontaktes* haben (Luhmann 1999: 233). In diesem Fall wird die Grenzstelle bei der Kommunikation mit Umweltpartnern nicht übergangen (Luhmann 1999: 233–234). Dies macht *gegenseitiges Verhalten* und der Austausch zwischen Grenzstellen und Umweltpartner *erwartbarer und kontrollierbarer:*

> «Wer von außen kommt, weiss dann, dass er nur an einer Stelle Zugang zum System findet, und kann nicht die Hoffnung haben, an anderen Stellen bessere Bedingungen zu erreichen. Das System tritt ihm koordiniert entgegen und ist so eher in der Lage, das Zwischensystem nach den eigenen Rollenerwartungen zu gestalten» (Luhmann 1999: 234).

Je komplexer ein System ist und je komplexer seine Umweltbeziehungen und Grenzleistungen sind, desto wichtiger wird es, dass auch die Kanalisierung des Umweltkontaktes aufgeteilt wird und mehrere spezialisierte Grenzstellen eingesetzt werden (Luhmann 1999: 236). Wird der Umweltkontakt in komplexen Systemen nur über eine Grenzstelle geregelt, kann es leicht zur Überforderung dieser Stelle durch zu viele Umweltbezüge kommen. Wimmer (1993: 8–9) schreibt dazu, dass die Hauptaufgabe von Grenzstellen nicht darin liege, «selbst die Außenpolitik zu monopolisieren und im Detail zu bestimmen, sondern für eine laufende Effektivitätsüberprüfung der vielfältigen Austauschbeziehungen und ihrer komplexen Wechselwirkungen zu sorgen.» Je stärker sich ein System strukturell ausdifferenziert, desto stärker wird auch die Regulierung des Umweltkontakts dezentralisiert.

Luhmann (2000, 1999) verweist an zahlreichen Stellen darauf, wie anspruchsvoll die Gestaltung von Prozessen der selektiven Öffnung und Schliessung für Grenzstellen sind. Es ist stets unklar, welches Mass an Geschlossenheit und Stabilität bei gleichzeitiger Offenheit förderlich für eine Organisation ist. Die Arbeit von Grenzstellen ist daher von hoher Unsicherheit geprägt. Erst im Nachhinein stellt sich heraus, ob es sinnvoll war, eine Organisation mit Unsicherheit zu konfrontieren und Grenzen selektiv auf bestimmte Problemstellungen zu öffnen oder Informationen gezielt von der Organisation abzublocken und die Grenzen selektiv zu schliessen.

5.8 Die Innenseiten der Systemgrenzen entwickeln sich über Strukturen

Im Kapitel 5.7 wurde auf die Bedeutung von Grenzstellen hingewiesen, die den Umweltkontakt und Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung regulieren. Entweder schützen Grenzstellen das System vor Umweltirritationen oder versorgen es mit Informationen für dessen Weiterentwicklung. Die getroffene Unterscheidung, ob eine Zustandsänderung der Umwelt für das System relevant ist oder nicht und in gegenwärtigen Entscheidungsprozessen Berücksichtigung findet, ist *keine individuelle Entscheidung* der Grenzstelle, sondern entscheidet sich in gemeinsamen Sensemaking- und Interpretationsprozessen und ist *Ausdruck der Selektivität und kommunikativen Resonanz des Systems*. Umweltinformationen werden vor dem Hintergrund der Systemgeschichte, der eigenlogischen Verarbeitung von Sinn und vor den *internen Strukturen* des Systems interpretiert. Die Struktur ist für die Entstehung eines Systems entscheiden. Sie definiert, was im System zulässig ist, wie entschieden wird und wie Sinn verarbeitet wird (Luhmann 1984). Laut Luhmann (2000: 239) wird *über Strukturen die Innenseite der Organisationsgrenze artikuliert* und somit eine Unterscheidung zwischen System und

Umwelt gezogen. Die Umwelt hat andere Strukturen, sie prozessiert Sinn auf eine andere Weise. Was genau Luhmann unter Struktur versteht und welche Bedeutung der Struktur für die Entwicklung von Grenzen zukommt, wird in den nächsten Kapiteln dargelegt.

5.8.1 Strukturen sind Entscheidungsprämissen

Eine Organisation hält sich selber am Leben, indem kontinuierlich Entscheidungen produziert werden. Entscheidungen knüpfen an weitere Entscheidungen an und somit sind gegenwärtige Entscheidungen die Voraussetzung bzw. die *Prämissen* für künftige Entscheidungen (Luhmann 2000). Problematisch wird diese Selbstproduktion, wenn auf eine Entscheidung eine Vielzahl an unterschiedlichen Entscheidungen folgen kann und Entscheidungen nicht mehr sinnvoll miteinander verknüpft werden können. *Koordiniertes Entscheiden und Handeln* wäre dadurch gefährdet. Deshalb müssen Organisationen *Redundanzen* einbauen: Sie müssen *Strukturen* ausbilden, um Komplexität zu reduzieren und um einzuschränken, welche Entscheidungen potenziell aufeinanderfolgen können (Luhmann 1992: 172). Unter dem Begriff der «Struktur» wird in der neueren Systemtheorie das Folgende verstanden:

> «Eine Struktur besteht […] in der Einschränkung der im System zugelassenen Relationen. Diese Einschränkungen konstituiert den Sinn von Handlungen, und im laufenden Betrieb selbstreferentieller Systeme motiviert und plausibilisiert der Sinn einer Handlung dann natürlich auch das, was als Verknüpfbarkeit einleuchtete» (Luhmann 1984: 383).

Strukturen reduzieren die mögliche Bandbreite von akzeptierten Entscheidungen, da Entscheidungen nicht mehr willkürlich miteinander verknüpft werden können. Sie machen bestimmte Entscheidungen wahrscheinlicher als andere (Luhmann 1984: 74) und schränken den Möglichkeitsspielraum für weiteres Entscheiden ein (Luhmann 1984: 397). Dank dieser Strukturen kann eine Organisation eine *zeitliche Stabilität* ausbilden, denn die Elemente des Systems, nämlich kommunikativ verfertigte Entscheidungen, vergehen direkt bei ihrer Entstehung. Strukturen, verstanden als *Voraussetzungen von Entscheidungen,* sind hingegen von *zeitlicher Dauer*, obwohl sie sich im Verlauf der Entwicklung eines Systems verändern können (Luhmann 1984: 392). Sie weisen deshalb eine zeitliche Stabilität auf, weil sie durch das Prozessieren von Entscheidungen immer wieder aktualisiert werden und irgendwann Akzeptanz im System erlangen. Strukturen können allerdings nicht nur als *Einschränkung von Entscheidungsmöglichkeiten* verstanden werden, sie ermöglichen auch einen bestimmten Spielraum, innerhalb dessen frei entschieden werden kann (Simon 2007: 70). Entscheidungen von komplexen Systemen sind nicht prognostizierbar, aber Strukturen

führen in Entscheidungsprozesse zu Mustern und Regelmässigkeiten, «die zwar nie streng gelten, aber doch Korridore höherer Wahrscheinlichkeit schaffen» (Willke 1999: 185).

Durch die *evolutionäre Spezifikation* von Strukturen, die jeweils nur für das System, nicht aber für dessen Umwelt Gültigkeit haben, bekommt ein System eine eigene Identität: «Durch Spezifikation von Strukturen individualisiert sich ein System» (Luhmann 1992: 172). Mithilfe der Ausdifferenzierung von Strukturen grenzt sich das System von seiner Umwelt ab und entwickelt eine *eigenlogische Art,* um Informationen zu verarbeiten. Strukturen definieren somit die Identität des Systems oder wie Luhmann sagt, *sie artikulieren die Innenseite der Grenze* (Luhmann 2000: 239). Die Ausdifferenzierung von Strukturen führt wiederum zu einer *erhöhten Selektivität des Systems* (Schmidt & Kieserling 2017: 33): Nicht mehr alles ist gleich wahrscheinlich, Entwicklungsmöglichkeiten werden eingeschränkt und Informationen nach systemeigenen Kriterien verarbeitet.

In Organisationen entstehen Strukturen dann, wenn eine Entscheidung auf eine andere aufbaut, also wenn eine Entscheidung eine *Prämisse für nachfolgende Entscheidungen* ist (Luhmann 1992: 172). Strukturen von Organisationen bezeichnet Luhmann (2000) daher als *Entscheidungsprämissen*, ein Begriff, der auf Herbert Simon zurückgeht (Luhmann 1992: 176). Entscheidungsprämissen bestehen aus Regeln, ungeschriebenen Gesetzen, Festlegungen, kollektiven Erwartungen und selbstverständlichen Annahmen über die Organisation und ihre Umwelt, die im Verlauf der Zeit ausgebildet werden und nicht mehr bei jeder Entscheidung aufs Neue hinterfragt werden: «Mit «Prämisse» soll gesagt sein, dass es sich um Voraussetzungen handelt, die bei ihrer Verwendung nicht mehr geprüft werden […]» (Luhmann 2000: 222). Entscheidungsprämissen haben als Strukturen die Funktion, die Operationsweise von Systemen einzuschränken bzw. dadurch eben gerade zu ermöglichen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Strukturen die *Bedingungen festlegen, unter denen eine Organisation im Normalfall entscheidet*. Sie machen Entscheidungsprozesse *erwartbarer* und stellen die *Anschlussfähigkeit* von Entscheidungen sicher (Luhmann 2000: 224). Entscheidungsprämissen dienen der autopoietischen Reproduktion und führen dazu, dass Organisationen sich *im Innern individualisieren* und von ihrer Umwelt abgrenzen (Luhmann 2000: 224). Durch die Festlegung von Entscheidungsprämissen kann bestimmt werden, welche Entscheidungen als Entscheidungen des Systems zählen und welche nicht (Luhmann 2000: 238). Die *strukturelle Ausdifferenzierung des Systems* führt gleichzeitig zu einer *erhöhten Selektivität*. Luhmann konkretisiert das Konzept der Entscheidungsprämisse und unterscheidet drei Arten: In Organisationen lassen sich

Entscheidungsprämissen in Form von *Entscheidungsprogrammen*, *Kommunikationswegen* und *Personen* finden. Diese drei Arten von Entscheidungsprämissen werden in der Folge kurz erläutert.

5.8.2 Entscheidungsprogramme

Über die sogenannte «Programmierung» von Entscheidung erhalten Organisationen ihre spezifische Identität, denn *Entscheidungsprogramme* legen die Aufgaben und Funktionen fest, welche in der Organisation erledigt werden müssen (Luhmann 2000: 256ff). Sie definieren, über welche Fragen eine Organisation zu entscheiden hat und über welche nicht. Je genauer eine Aufgabe einer Organisation definiert werden kann, desto präziser lassen sich auch die Programme in Form von *abzuarbeitenden Handlungsschritten und Routinen* definieren, und umso kleiner wird der mögliche Handlungs- und Entscheidungsspielraum (Simon 2007: 71). Entscheidungsprogramme können als ein *Set von Regeln* verstanden werden, die beispielsweise in Arbeitsabläufen, Handbüchern, Verhaltenskodizes, To-Do-Listen sowie Gebote und Verbote ihren Niederschlag finden und definieren, was in einer Organisation als *sachlich richtige oder falsche Aufgabenbearbeitung* verstanden wird (Luhmann 2000: 257; Simon 2007: 71). In diesem Zusammenhang spricht Luhmann auch von *organisationalen Routinen*, die effizientes und arbeitsteiliges Entscheiden ermöglichen (Luhmann 2018). Wie stark Entscheidungsprozesse «programmiert» bzw. routinisiert werden, ist von der Wertschöpfung einer Organisation abhängig. So können Handlungsabfolgen in einem Callcenter strikter festgelegt werden als die Aktivitäten einer Forschungseinrichtung. Zwar können nicht alle Entscheidungen in einer Organisation im Voraus routinisiert werden. Dank der *Programmierung von ausgewählten Entscheidungen* können Organisationen aber unter *hohem Zeitdruck* ihre Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit bewahren. Die Programmierung von Entscheidung ist nicht ohne Risiko, denn bei zu strikter Befolgung von Entscheidungsprogrammen können Organisationen nicht mehr situationsangemessen entscheiden und blockieren sich (Kühl 2017: 17). Da sich komplexe Organisationen intern ausdifferenzieren, kann die Frage, was in einem Subsystem als sachlich richtige Aufgabenbearbeitung gilt, unterschiedlich beantwortet werden, denn auch Entscheidungsprogramme differenzieren sich analog zu den Subsystemen aus. Organisationen mit einer hohen Strukturkomplexität bestehen aus *Verschachtelungen und Verbindungen von Entscheidungsprogrammen* (Tacke & Drepper 2018: 64). Dadurch werden komplexe Handlungsketten, wie z.B. Behandlungsprozesse, erst möglich.

Die Ausdifferenzierung und Programmierung von Entscheidungen verfestigen die System-Umwelt-Differenz. Über die Programmierung von Entscheidungen kann sich eine

Organisation von der Umwelt abgrenzen, sich und ihren Subeinheiten spezifische Aufgaben zuteilen und somit gleichzeitig andere Aufgaben ausschliessen. Die Entscheidungsfähigkeit eines Systems und idealtypische Entscheidungsprozesse werden dadurch stabilisiert:

> «Die Programmierung von Entscheidungen dient dazu, gleichmäßige Zustände oder Wirkungen des Systems zu sichern, die nicht von jeder Schwankung in der Umwelt durcheinandergeworfen werden, sondern nur auf spezifische, ausgesuchte Informationen durch Anpassung reagieren» (Luhmann 2018: 299).

Jede Organisation muss ihre Entscheidungen routinisieren, um eine strukturelle Invarianz aufzubauen (Luhmann 2018: 299). Neben diesen *formalen* Festlegungen entstehen in Organisation auch *informale Entscheidungsprogramme* (Kühl 2017: 17). Informelle Praktiken können sich einspielen, obwohl nie direkt über sie entschieden wurde. Ein Beispiel dafür sind Kaffeepausen, die immer zur gleichen Zeit stattfinden und zum Austausch tagesaktueller Informationen genutzt werden. Diese informellen Entscheidungsprogrammierungen können förderlich sein und zur Flexibilisierung von strikt festgelegten Entscheidungsprämissen beitragen. Die Orientierung an den formalen Entscheidungsprogrammen ist jedoch auch eine *Mitgliedschaftsbedingung*, denn wollen Mitglieder in der Organisation bleiben, können sie offizielle Entscheidungsprogramme nicht offen ablehnen (Kühl 2017: 17). Es ist festzuhalten, dass Entscheidungsprogramme nicht nur Handlungsmöglichkeiten einschränken und der Organisation eine zeitüberdauernde Struktur geben. Durch die Programmierung von Entscheidung wird auch Flexibilität ermöglicht. Programme *können*, müssen aber nicht in Entscheidungsprozessen mobilisiert werden. Organisationsmitglieder haben bei der Mobilisierung von Entscheidungsprogrammen einen gewissen Interpretations- und Ermessensspielraum (Tacke & Drepper 2018: 64–65). Die Programmierung von Entscheidungen ermöglicht einem System somit sowohl *Stabilität als auch Flexibilität.*

5.8.3 Kommunikationswege

Da sich nicht jeder Entscheidungsbedarf im Voraus durch Programme bearbeiten lässt, braucht es in Organisationen auch geregelte Kommunikationswege, um die richtigen Fachexperten zum richtigen Zeitpunkt in Entscheidungen zu involvieren. Eine weitere bedeutsame Entscheidungsprämisse, die Luhmann unterscheidet, ist daher die *Festlegung von formalen Kommunikationswegen*, die eingehalten werden müssen, damit Entscheidungen im System anerkannt werden:

> «Über Entscheidungsprämissen können auch Kommunikationswege vorgeschrieben werden, die eingehalten werden müssen, wenn die Entscheidung

> als eine solche der Organisation Anerkennung finden soll. Dabei kommt es auf die als Entscheidungsprämissen festgelegten Kompetenzen an; vor allem auf das Recht, bindende Weisungen zu erteilen, aber auch auf das Recht, angehört zu werden. Oft nennt man gerade diesen Ausschnitt der Selbstregulierung eines Organisationssystems ´formale Organisation`» (Luhmann 2000: 225).

Das obige Zitat lässt erkennen, dass es dabei nicht nur um die Definition von Kommunikationswegen geht, sondern auch um die *Verteilung von Verantwortlichen, Kompetenzen und Entscheidungsbefugnisse* einzelner Organisationsmitglieder, Stellen und Gremien. Die Definition von Kommunikationswegen geht mit der *Ausgestaltung der formalen Ablauforganisation*, also der formalen Struktur einer Organisation einher. Auch die Ausbildung von Hierarchien, Mitzeichnungsrechten oder Projektstrukturen fallen in diesen Bereich (Kühl 2017: 16). In modernen Organisationen werden diese Themen oftmals in der *Organisations- und Kompetenzordnung* geregelt.

Als Entscheidungsprämissen reduziert die Festlegung von Kommunikationswegen den Entscheidungsspielraum, denn dadurch kann nicht mehr «jeder mit jedem immer über alles kommunizieren» (Luhmann 2019: 126). Diese Reduktion von Möglichkeiten durch Entscheidungsprämissen ist die *Voraussetzung für die Entstehung von Komplexität* innerhalb des Systems (Luhmann 2000: 222–223). Erst wenn akzeptierte Kommunikationswege vorliegen, können *komplexe Ketten von Verantwortlichkeiten* gebildet werden und indem die Zahl zulässiger Kommunikationspartner eingeschränkt wird, können Organisationen mit hunderten Mitgliedern entstehen, denn jetzt müssen nicht mehr alle mit allen interagieren (Kühl 2017: 16; Luhmann 2019: 126). Analog zu den informellen Entscheidungsprogrammen entstehen in Organisationen auch *informelle Kommunikationswege*. Über diese «kommunikativen Trampelpfade» (Kühl 2017: 16) können Entscheidungsprozesse im besten Fall beschleunigt und der Austausch zwischen Organisationsmitglieder vereinfacht werden. Es besteht aber auch die Gefahr, dass durch informelle Kommunikationswege Über- und Unterordnungsverhältnisse delegitimiert werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Formalisierung von Kommunikationswegen der Unsicherheitsabsorption in Entscheidungsprozessen dienen, und durch sie Komplexität sowohl begrenzt als auch gleichzeitig ermöglicht wird (Luhmann 2000: 207).

5.8.4 Personal

Kommunikationswege werden von Personen besetzt. Luhmann (2000: 225) beschreibt daher auch das *Personal*[7] bzw. die Besetzung und Zuteilung von *Personen* auf Stellen als Entscheidungsprämissen, denn es kann für künftige Entscheidungen relevant sein, *welche Personen welche Stellen* innehaben. So können Entscheidungsprozesse mit der Besetzung einer neuen Mitarbeiterin auf einmal neue Dynamiken erfahren. Klassische Personalfragen sind dabei die Definition von Eintritts- und Austrittsbedingungen, Kriterien für Beförderungen oder interne Weiterbildungen und Schulungen. Diese Personalentscheidungen legen als Entscheidungsprämissen fest, wer an welcher Stelle Entscheidungen über die Zukunft der Organisation treffen oder entgegennehmen wird (Drepper 2018: 164). Die Besetzung von Stellen mit Personen ist für Organisationen mit einem erheblichen *Risiko* verbunden: Personen sind, anders als Entscheidungsprogramme und Kommunikationswege, mit *psychischen Systemen gekoppelt* und was sich in der Psyche eines Organisationsmitglieds abspielt, ist für die Organisation stets *unberechenbar und unkontrollierbar* (Simon 2007: 74–75). Wenn immer Personen als Entscheidungsprämissen fungieren, wird Unvorhersehbarkeit eingeführt, Praktiken können hinterfragt werden und eingespielte Entscheidungsprozesse durch neuartige Meinungen destabilisiert werden (Simon 2007: 75). Darin besteht aber nicht nur ein Risiko für die Organisation, sondern auch eine Opportunität: Sie können sich über Personen mit neuen Informationen, Umweltirritationen und Kompetenzen versorgen. Personen sind zu *erschliessende Ressourcen*, deren Fähigkeiten sowohl ermöglichend als auch limitierend sind.

Wichtig zu betonen ist an dieser Stelle, dass aus einer systemtheoretischen Perspektive Personal *nicht als eine Ansammlung von Menschen* zu verstehen ist. Personal ist vielmehr als strukturelle Bedingungen der Organisation zu verstehen, die auf Entscheidungsprozesse Einfluss nehmen können (Kühl 2017: 18; Luhmann 2019: 128). Durch Personen kann *das «Wer» einer Kommunikation* geklärt werden. Entscheidungen und somit auch die Verantwortung für die positiven und negativen Konsequenzen von Entscheidungen können *konkreten Personen zugerechnet* werden (Drepper 2018: 163). Entscheidungen können nicht nur Personen oder Stellen, sondern natürlich auch Teams, Gruppen oder Gremien (Simon 2007: 74) zugeschrieben werden. Zudem ist die Person auch ein relevanter *Mitteilungsaspekt*: Es macht für die Organisation und ihre Mitglieder einen Unterschied, ob eine Entscheidung der Geschäftsleitung oder einem Praktikanten zugeschrieben wird. Personen können sowohl *Autor, Adressat oder Gegenstand einer Entscheidung* sein

[7] In früheren Schriften verwendet Luhmann auch den Begriffe «Personen» oder sprach von «Personaleinsatz» (Luhmann 2000: 225).

(Luhmann 2000: 92). In Organisationen kommt es oftmals zu einer *Personalisierung von Kommunikation*. Zwar sind es in Organisationen nie Personen, die entscheiden, sondern die Organisation selbst (Willke 2009: 68). Personen kommt dennoch eine wichtige Funktion in Entscheidungsprozessen zu, denn Aussenstehende können Entscheidungen ihnen zuschreiben, obwohl sie den Entscheidungsprozess paradoxerweise selbst nicht vollständig kontrollieren können. Personen sind daher «Konstruktionen von Kommunikation für Zwecke der Kommunikation» (Luhmann 2000: 90–91). Sie haben eine wichtige Funktion als *Zurechnungs- und Identifikationsgesichtspunkte*, über die Unsicherheit absorbiert werden kann (Drepper 2018: 163). Unsicherheit kann deshalb reduziert werden, da man Personen bestimmte Erwartungen und Verhaltensweisen zuschreiben kann: «Wenn man eine Person kennt, kann man sich leicht eine Vorstellung davon machen, wie entschieden wird. [...] Außerdem sind Personen, im Unterschied zu Programmen, kaum veränderbar» (Luhmann 1992: 177–178). Die *Personalisierung von Kommunikation* schafft somit *Erwartbarkeit* innerhalb des Systems. Entscheidungen können einem «Entscheider» zugerechnet werden und der Ort einer Entscheidung wird dadurch bestimmbar, womit Entscheidungen beeinflusst und im Nachhinein auch revidiert werden können (Luhmann 2000: 138).

5.8.5 Zusammenfassende Reflexion zu den Entscheidungsprämissen

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die drei Entscheidungsprämissen *Entscheidungsprogramme, Kommunikationswege* und *Personal* komplementär zu verstehen und gleichermassen relevant sind. In einem Moment kann die Person, in einem anderen die formale Organisation mit vorgeschriebenen Kommunikationswegen als Entscheidungsprämisse herangezogen werden (Simon 2007: 75). In Situationen, in denen die Organisation weiss, was sie zu erwarten hat, können Programme als sinnvolle Entscheidungsprämissen dienen; wenn die Organisation hingegen mit Ungewissheit konfrontiert wird, kann es sinnvoll sein, Personen die Verantwortung für Entscheidungsprozesse zu geben (Simon 2007: 74).

Alle drei Formen von Entscheidungsprämissen sind *prozessuale und evolutionäre Errungenschaften*. Sie entstehen nicht willkürlich, sondern sind selbst *Produkte von Entscheidungen*. Über Entscheidungsprämissen kann eine Organisation entscheiden. Luhmann spricht daher von «entscheidbaren Entscheidungsprämissen» (Luhmann 2000: 225). Könnte eine Organisation nicht über die eigenen Entscheidungsprämissen entscheiden, «bliebe sie eine bloße Fortsetzung ihrer Umwelt» (Luhmann 2000: 229). Entscheidungsprämissen sind *Ausprägungen der internen Struktur der Organisation* und verleihen einer Organisation eine eigene Selektivität: Nicht mehr alle Entscheidungen sind

gleich wahrscheinlich, und Informationen werden vor dem Hintergrund der systemeigenen Strukturen bewertet. Entscheidungsprämissen helfen, sinnhaftes Entscheiden wahrscheinlicher zu machen. Sie schränken die Vielfalt an Entscheidungsmöglichkeiten ein und ermöglichen dadurch aber gleichzeitig einen bestimmten Spielraum für Entscheidungen. In diesem Sinne *erzeugen sie Komplexität durch Reduktion* (Luhmann 2000: 223). Als generalisierte Strukturen sind Entscheidungsprämissen ein Werkzeug, um die Organisation als Einheit zu differenzieren und weiterzuentwickeln. Ohne Strukturen wäre der Aufbau von komplexen Organisationen nicht denkbar und ihre Existenz wäre gefährdet, da das System ohne Rückgriff auf Entscheidungsprämissen immer nur ad hoc entscheiden könnten. Strukturen sind das Produkt der Selbstreferenzialität von Organisationen. Sie haben ihre Gültigkeit in der Organisation, nicht aber in der Umwelt, und sorgen so für die Stabilisierung oder eben auch Destabilisierung der System-Umwelt-Differenz. *Entscheidungen über Entscheidungsprämissen* bzw. über generalisierte Strukturen sind somit immer auch *Entscheidungen über die Grenze eines Systems.* Die Entwicklung von Strukturen erfolgen in Prozessen der selektiven Öffnung und Schliessung eines Systems. In einem Moment werden die Strukturen stärker formalisiert und ein System grenzt sich operativ noch deutlicher von seiner Umwelt ab. In einem anderen Moment müssen etablierte Strukturen und Entscheidungsprämissen aufgrund von Umweltirritationen verändert und angepasst werden. Über Strukturen kann sich eine Organisation sowohl operativ schliessen als auch selektiv öffnen. Strukturen definieren, *wie* in einem System entschieden wird, und ob dies für das Gesamtsystem förderlich ist (Luhmann 1992: 167).

5.9 Strukturen sind auf Selbstbeobachtung und Reflexivität angewiesen

Im vorherigen Kapitel wurde das Argument dargelegt, dass die *Innenseiten von Organisationsgrenzen über Strukturen* entwickelt und verfertigt werden. Strukturen, verstanden als Voraussetzungen für Entscheidungen, stabilisieren eine Organisation, grenzen diese von der Umwelt ab und ermöglichen Systemwachstum. Wenn ein System wächst oder sich wandelt, bezieht sich diese Veränderung auf die Strukturen des Systems (Luhmann 1984: 472). Nur auf der Ebene von Strukturen kann ein System lernen, Entscheidungen korrigieren und seine Entscheidungs-Praxis weiterentwickeln (Luhmann 1984: 472). Wie aber können Strukturen und Entscheidungsprozesse in einem eigenlogischen System überhaupt verändert oder gezielt in eine Richtung entwickelt werden? In dieser Dissertation wird davon ausgegangen, dass die Weiterentwicklung der organisationalen Entscheidungs-Praxis *eine zentrale Aufgabe von Management-Verantwortlichen* sei. Dieser Gedanke und die Frage, wie auf historisch gewachsene

Strukturen und auf etablierte Entscheidungs-Praktiken Einfluss genommen werden kann, wird untenstehend ausgeführt.

Eine Voraussetzung, um Strukturwandel zu ermöglichen, ist die *Selbstbeobachtung*: Ein System kann sich selbst und seine Wirkungen auf die Umwelt beobachten. Es kann nur dann überleben, wenn es nicht nur kontinuierlich Entscheidungen produziert, sondern mitbeobachtet, ob die etablierten Entscheidungsprozesse zu ihrer Umwelt «passen», mit der sie in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis steht (Simon 2007: 58). Mit dem Begriff des «Passens» ist hier *brauchbar* und *funktional* nicht aber «richtig» oder «falsch» gemeint (Glasersfeld 1981: 19ff). Jede Organisation steht vor der Herausforderung, sich selbst, seine Formen der Entscheidungs-Praxis und ihre relevanten Umwelten zum Thema der internen Kommunikation zu machen, denn nur über Kommunikation kann sich eine Organisation selbst beobachten (Simon 2007: 58). Die «Passung» bzw. Funktionalität der Entscheidungsprozesse muss *regelmässig beobachtet und überprüft werden* und auf veränderte Erwartungen eingestellt werden (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 135). Laut Luhmann (1984: 601) kann ein System *auf Basis von Selbstbeobachtung Reflexivität* aufbauen. Unter *Reflexivität* versteht Luhmann (1984: 601) ein auf sich selbst bezogener Kommunikationsprozess, indem ein System die Wirkungen seiner Operation in Bezug auf ein Vorher und ein Nachher unterscheidet. Reflexivität ist eine Form der *Meta-Kommunikation*, in der Wirkungen von Entscheidungen oder die Resultate von Entscheidungsprozesse kollektiv thematisiert werden: «[…] Kommunikation ist reflexiv, indem sie jederzeit auf sich selbst und ihre eigene Resultate angewandt werden kann» (Luhmann 1997: 372). Reflexivität kann als wichtige «Steuerungs- und Kontrollleistung des Prozesses durch sich selbst» (Luhmann 1984: 616) verstanden werden. Dabei haben reflexive Kommunikationsprozesse, in denen die *Wirkungen von Entscheidungen thematisiert* werden, ein strukturveränderndes Potenzial: Die Art und Weise wie Strukturen ausgeprägt sind und wie Entscheidungen zustande kommen, kann vom System selbstkritisch infrage gestellt werden. Strukturen und *Systemgrenzen können somit verändert werden*, indem durch reflexive Prozesse neue Entscheidungsprozesse entstehen, die vorher ausserhalb des Systems lagen (Miebach 2009: 32).

Zwar können die Wirkungen von Strukturen beobachtet werden, nichtsdestotrotz ist der Spielraum für eine gezielte Steuerung von Strukturen beschränkt. Komplexe Systeme reagieren *unvorhergesehen auf Interventionen von aussen* (Simon 2007: 108). Sie sind keine «trivialen Maschinen», auf deren Entscheidungs-Praxis kausal Einfluss genommen werden kann. So wie die Grenze einer Organisation nicht von einem Management-Verantwortlichen gezogen werden kann, so können auch Entscheidungs-Praktiken nicht

einfach niedergeschrieben oder von einer Person für die ganze Organisation bestimmt werden. Wenn auch nur beschränkt, aber *Personen können durchaus Einfluss auf Entscheidungs-Praktiken* und auf die Strukturen des Systems nehmen. Nicht ohne Grund sind «Personen» selbst in der Theorie von Luhmann als Entscheidungsprämissen konzeptualisiert (siehe Kapitel 5.8.4). Personen, vor allem Management-Verantwortliche, können *Einfluss auf den organisationalen Kontext* nehmen, in dem Entscheidungsprozesse zustande kommen (Simon 2007: 108). Obwohl es nicht Individuen sind, die entscheiden, können Individuen in das kommunikative Geschehen eingreifen. Ein zentraler Stellhebel für diese «Kontextsteuerung» (Willke 1995) sind die *Entscheidungsprämissen von Entscheidungen*. Sie sind laut Luhmann «entscheidbar» (Luhmann 2000: 225). Management-Personen können erstens über die Auswahl von Personen sowie über die Bedingungen der Mitgliedschaft entscheiden. Sie können zweitens die formalen Strukturen einer Organisation mitbeeinflussen, Kommunikationswege schaffen oder verändern. Mit der Veränderung von Dienstwegen und der hierarchischen Ordnung können Beziehungskonstellationen beeinflusst werden. Drittens können Management-Verantwortliche über Entscheidungsprogramme entscheiden, die Aufgaben der Organisation oder ihrer Teilsysteme anpassen oder neue Entscheidungs-Praktiken schaffen. Wenn Management-Verantwortliche die Organisation über die *Variation von Entscheidungsprämissen* «steuern», haben sie keinen kausalen Einfluss auf die Handlungen von Organisationsmitgliedern. Sie können nicht beeinflussen, welche Wirkung ihre Intervention auf das System hat, und ob z.B. neu definierte Dienstwege eingehalten werden. Sie können aber den Handlungsspielraum von Organisationsmitgliedern verändern und somit den *Kontext organisationalen Handelns und Entscheidens mitgestalten* (Simon 2007: 114). Wie die Organisation auf Interventionen und veränderte Entscheidungsprämissen reagiert, kann wiederum beobachtet werden. Die Reaktionen des Systems können dann erneut in reflexiven Kommunikationsprozessen zum Thema gemacht werden, die Resultate der Intervention in Bezug auf ein Vorher und ein Nachher evaluiert und wenn nötig neue Interventionen initiiert werden.

Für dieses Kapitel kann abschliessend festgehalten werden, dass Organisationen *ihre Strukturen und ihre Entscheidungs-Praxis auf Basis von Selbstbeobachtung und Reflexivität anpassen können*. Indem kontinuierlich neu über Entscheidungsprämissen entschieden wird, kann auf die Art und Weise, wie in Organisationen Entscheidungen hervorgebracht werden und wie Sinn prozessiert wird, *gezielt aber nicht kausal Einfluss genommen werden*. Diese Veränderungen des organisationalen Entscheidungskontextes gehen mit *Veränderungen der Systemgrenzen* einher: Der Möglichkeitsraum, innerhalb

dessen Entscheidungen hervorgebracht werden, wandelt sich. Neue Themen gelangen in die Aufmerksamkeit der Organisation und verändern die Selektivität eines Systems. Die Entscheidungs-Praxis einer Organisation kann nicht determiniert, aber über Prozesse der Öffnung und Schliessung weiterentwickelt werden.

5.10 Die Entscheidungs-Praxis entsteht durch Öffnung und Schliessung

Über die Entscheidungsprämissen *Entscheidungsprogramme, Kommunikationswege und Personal* können sich soziale Systeme strukturell ausdifferenzieren. Ein System bildet dadurch eine spezifische Selektivität aus. Vor dem Hintergrund der eigenen Strukturen zeigt sich die Organisation gegenüber bestimmten Umwelteinflüssen invariant, für andere ist sie sensibel (Luhmann 2018: 229). In den Worten von Nassehi (2003: 61) können die bisherigen Ausführungen folgendermassen zusammengefasst werden:

> «Soziale Ordnung und Strukturbildung ist also letztlich eine Funktion der Einschränkung von Möglichkeiten, der Vernichtung von Kontingenz, der Negation von Unendlichkeit, der Etablierung von Unwahrscheinlichkeit. Wäre in einem sozialen System alles prinzipiell gleich wahrscheinlich (oder besser: unwahrscheinlich), wäre das System nicht in der Lage, zu Erwartungsbildung zu kommen, zu kondensierbaren Unterscheidungen und struktureller Stabilität.»

Im obigen Zitat von Nassehi (2003) wird auf die *Bedeutung von Strukturen für die Erwartungsbildung* und Stabilität eines Systems hingewiesen. Soziale Ordnung, die Entwicklung einer Organisation und der Aufbau einer spezifischen Entscheidungs-Praxis sind davon abhängig, dass *Erwartungssicherheit* hergestellt wird. Anders ausgedrückt: Koordiniertes Handeln, kollektive Praktiken und die effiziente Hervorbringung von Entscheidungen sind nur dann denkbar, wenn *ein bestimmtes Mass an Erwartungssicherheit vorliegt,* an denen sich Organisationsmitglieder orientieren und die Ausführung von bestimmten Praktiken wechselseitig unterstellt werden kann. Erst dank Grenzen, seien dies Grenzen des Gesamtsystems oder von Subeinheiten, werden Handlungen erwartbar (Luhmann 1999: 60) und es können komplexe, arbeitsteilige Handlungsabfolgen und Entscheidungs-Praktiken aufgebaut werden. Gleichzeitig werden aber auch Grenzen durch konkrete Entscheidungs-Praktiken hervorgebracht, denn die *Ausdifferenzierung von Strukturen steht in einem Steigerungsverhältnis mit den Grenzen eines Systems*: Mit zunehmender struktureller Ausdifferenzierung können die Grenzen zwischen einem System und seiner Umwelt deutlicher beobachtet werden (Luhmann 2018). Die Art und Weise, wie Entscheidungen mit Rückgriff auf Strukturen hervorgebracht und wie in einem System Informationen verarbeitet werden, unterscheidet sich im Laufe der

Evolution eines Systems immer stärker von der Entscheidungslogik der Umwelt. *Prozesse der Grenzschliessungen* schaffen Erwartungssicherheiten, erhöhen die Stabilität eines Systems und fördern koordiniertes Handeln und Entscheiden (Tacke 1997: 16). *Prozesse der Öffnung von Grenzen* gehen hingegen mit der Erhöhung von Unsicherheit und dem Risiko der Destabilisierung von bestehenden Entscheidungs-Praktiken einher (Tacke 1997: 16). Die Destabilisierung von Entscheidungs-Praktiken kann aber durchaus förderlich für das System sein. Indem regelmässig Umweltirritationen zugelassen und bearbeitet werden, können sich Entscheidungs-Praktiken zukunftsfähig weiterentwickeln. Durch die Öffnung von Grenzen kann eine Organisation Strukturen und Praktiken anpassen. Dadurch kann langfristig die Funktionalität der etablierten Entscheidungs-Praxis sichergestellt werden. Können die durch selektive Öffnung erzeugten Unsicherheiten nicht reduziert werden, wird koordiniertes Entscheiden unwahrscheinlicher (Tacke 1997: 16). Organisationen müssen ihre Strukturen, ihre Entscheidungs-Praxis und somit auch ihre Systemgrenzen dynamisch öffnen und schliessen, wenn sie ihre Existenz in einer unkontrollierbaren Umwelt erhalten wollen (Luhmann 2018: 323).

In einer Organisation findet eine Vielzahl an Grenzziehungsprozessen statt. Der *Bezugspunkt* dieser Prozesse kann dabei unterschiedlich sein. Auf Basis der bisherigen system- und praxistheoretischen Ausführungen kann abgeleitet werden, was der *konkrete Gegenstand bzw. Bezugspunkt* ist, wenn Grenzen gestaltet und verfertigt werden: Grenzziehungsprozesse können sich auf den *Umgang mit Information*, auf *Entscheidungsprämissen* und die *Entscheidungs-Praxis*, die *interne Ausdifferenzierung* sowie auf die *Mitgliedschaftsrolle* beziehen (siehe Tabelle 1).

Eine Organisation kann sich in Bezug auf den *Umgang mit Informationen* selektiv öffnen oder schliessen und Informationen selegieren oder nicht selegieren. Dabei kann sich eine Organisation auf bestimmte Themen, Erwartungen und Irritationen schliessen und die eigenen Strukturen vor Umweltirritationen schützen. Dadurch wird die etablierte kommunikative Resonanz und Selektivität bestätigt. Das System kann sich aber auch mit Umweltirritationen versorgen und mehr Varietät im System zulassen. Dadurch wird die Selektivität des Systems verändert und Strukturwandel potenziell möglich. Bei dieser selektiven Öffnung und Schliessung bezüglich Informationen spielen Grenzstellen eine zentrale Rolle. Sie können das System in «Zwischensystemen» vor Umweltirritationen schützen, oder es für spezifische Impulse und Erwartungen selektiv öffnen. Die Entscheidung, ob eine als Information überhaupt als Information wahrgenommen wird, entscheidet sich in gemeinsamen Sensemaking- und Interpretationsprozessen und ist letztendlich abhängig von der Eigenlogik eines Systems (Luhmann 1992: 173).

Prozessen der Öffnung und Schliessung können sich des Weiteren auf die *drei Entscheidungsprämissen* und auf die *Entscheidungs-Praxis* beziehen: Werden Entscheidungsprämissen einer Organisation definiert und formalisiert, schliesst sich das System sukzessive und kann eine eigene Operationsweise aufbauen. Dadurch kann die etablierte Entscheidungs-Praxis stabilisiert und Erwartungssicherheiten aufgebaut werden. Entscheidungsprämissen können aber auch durch Selbstbeobachtung und Reflexivität weiterentwickelt werden. Dies kann zur Erhöhung von Erwartungsunsicherheit und zur Destabilisierung der Entscheidungs-Praxis führen.

In sozialen Systemen gibt es mehrere Grenzen gleichzeitig zu bearbeiten. Die Prozesse der Öffnung und Schliessung beziehen sich somit auch auf die *interne Ausdifferenzierung* des Systems. Durch die strukturelle Ausdifferenzierung und der Bildung von Teilsystemen mit eigenen Identitäten, Aufgaben und Entscheidungs-Praktiken schliesst sich das Gesamtsystem und grenzt sich noch stärker operativ von seiner Umwelt ab (Luhmann 1984: 54). Das Gesamtsystem sowie seine jeweiligen Teilsysteme spezialisieren sich und bauen eigene Operationsweisen in Form von spezifischen Entscheidungs-Praktiken auf. Gleichzeitig müssen durch Prozesse der selektiven Öffnung die Grenzen der Teilsysteme auf der Ebene des Gesamtsystems koordiniert und integriert werden, um eine gemeinsame Orientierung zwischen den einzelnen Subsystemen zu bewahren.

Die Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung beziehen sich schliesslich auf die Mitgliedschaftsgrenze bzw. auf die *Mitgliedschaftsrolle*. Mitgliedschaftserwartungen können gezielt formalisiert und stärker eingeschränkt, oder flexibilisiert und gelockert werden. Der Handlungs- und Entscheidungsspielraum von Organisationsmitgliedern kann dadurch entweder eingeschränkt oder vergrössert werden.

Bezugspunkte	Prozesse der Schliessung	Prozesse der Öffnung
Umgang mit Informationen	Informationen werden nicht als Informationen selegiert, System wird nicht irritiert: ➔ kein Einfluss auf bestehende Strukturen ➔ Redundanz im System wird erhöht System vor Umweltirritationen schützen: ➔ Selektives Schliessen von bestimmten Themen, Erwartungen und Irritationen ➔ Kommunikative Resonanz und Selektivität werden bestätigt	Informationen werden als Informationen selegiert, System wird irritiert: ➔ Einfluss auf bestehende Strukturen ➔ Varietät im System wird erhöht System mit Umweltirritationen versorgen: ➔ Selektives Öffnen auf bestimmte Themen, Erwartungen und Irritationen ➔ Kommunikative Resonanz und Selektivität werden verändert
Entscheidungs-prämissen und Entscheidungs-Praxis	Formalisierung von Entscheidungsprämissen (Programme, Kommunikationswege und Personal). Systemeigene Entscheidungs-Praxis reproduzieren: ➔ Erwartungssicherheiten entstehen ➔ Stabilisierung der etablierten Entscheidungs-Praxis	Flexibilisierung von Entscheidungsprämissen (Programme, Kommunikationswege und Personal). Systemeigene Entscheidungs-Praxis reflexiv weiterentwickeln und anpassen: ➔ Erwartungsunsicherheiten entstehen ➔ Destabilisierung der etablierten Entscheidungs-Praxis
Interne Ausdifferenzierung	Bildung von Subsystemen mit eigenen Identitäten, Aufgaben und Entscheidungs-Praktiken: ➔ Arbeitsteilung und Spezialisierung zwischen Subsystemen mit eigenen Entscheidungs-Praktiken	Gemeinsame Orientierung zwischen Subsystemen erhalten: ➔ Integration von Subsystemen mit eigenen Entscheidungs-Praktiken auf Ebene des Gesamtsystems
Mitgliedschafts-rolle	Formalisierung der Mitgliedschaftsrolle: ➔ Gezielte Einschränkung von Mitgliedschaftserwartungen, Handlungs- und Entscheidungs-möglichkeiten	Entformalisierung der Mitgliedschaftsrolle: ➔ Gezielte Lockerung von Mitgliedschaftserwartungen, Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten

Tabelle 1: Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung in der Übersicht

Mit der Systemtheorie von Luhmann kann somit gesagt werden, *dass der Aufbau und die Weiterentwicklung einer Organisation von Grenzziehungsprozessen geprägt wird und durch Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung von Grenzen erfolgt*. Diese Einsicht ist für die vorliegende Dissertation entscheidend: Eine Organisation muss ihre multiplen Grenzen immer wieder aufs Neue bestätigen, hinterfragen oder anpassen, um den Erhalt des Systems nicht zu gefährden. Erst wenn Grenzen für einen bestimmten Zeitraum stabil gehalten werden, kann eine Organisation komplexe Handlungsketten ausbilden und eine *eigene Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungs-Praxis etablieren*. Durch die strukturelle Ausdifferenzierung des Systems und der Ausgestaltung der Entscheidungs-Praxis, schliesst sich eine Organisation sukzessive gegenüber ihrer Umwelt. Gleichzeitig müssen aber einmal etablierte Strukturen und die Entscheidungs-Praxis flexibel angepasst und auf Veränderungen der Umwelt eingestellt werden. Sie müssen auf Basis von *Selbstbeobachtung und Reflexivität* kritisch hinterfragt und weiterentwickelt werden. Die Entwicklung einer Organisation, die Entstehung einer systemspezifischen Entscheidungs-Praxis und der Aufbau einer Entscheidungsfähigkeit kann daher unter dem Gesichtspunkt *der Öffnung und Schliessung von Grenzen* beobachtet werden.

Die Systemtheorie von Luhmann liefert keine konkrete Antwort auf die Frage, wie viel Stabilität und Varietät für ein System sinnvoll ist, wie stark sich also eine Organisation gegenüber ihren Umwelten öffnen oder schliessen soll (Luhmann 1992: 175). Unklar ist auch, in welchen Situationen ein System auf Umweltturbulenzen mit Varietät oder Redundanz von Entscheidungen reagieren soll. Klar ist hingegen, dass die Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung *irgendwo im System beobachtet und gestaltet werden müssen*. Ob Strukturen und Entscheidungsprämissen noch adäquat sind, muss von der Organisation regelmässig geprüft werden: «Programme [müssen] im Grunde im Hinblick auf ihre Funktion laufend überwacht werden, um sicherzustellen, dass sie noch stimmen» (Luhmann 2018: 324). An dieser Stelle ist zu betonen, dass über die Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung und über die Gestaltung von Grenzen nicht einfach einmalig entschieden werden kann. Aus einer systemtheoretischen Perspektive können Grenzen *nicht von Individuen definiert und festgelegt werden*. Grenzen können aber *durchaus gestaltet, bearbeitet und verfertigt* werden, indem über die Bezugspunkte von Grenzen (Tabelle 1) und somit über die Bedingungen von Entscheidungsprozessen in Organisationen entschieden wird. Wie in der empirischen Analyse (Teil D) noch gezeigt wird, sind Grenzen das temporäre Resultat von kommunikativen Aushandlungsprozessen. In diesem Sinne sind Grenzen zwar das Ergebnis von menschlichen Handeln und Entscheidens, nicht aber als Entwurf von Personen oder Management-Teams anzusehen

(Hayek 1969). Wie Grenzen kommunikativ wahrgenommen und wem Entscheidungen zugeschrieben werden, kann nur bedingt beeinflusst werden. Der Gedanke, dass die Steuerung der Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung vor allem in den Aufgabenbereich von Management-Verantwortlichen fällt, wird im Folgenden ausgeführt. Das Kapitel soll zudem die bisherigen systemtheoretischen Ausführungen in einem Zwischenfazit zusammenfassen und den Teil B abschliessen.

5.11 Fazit: Die Gestaltung von Grenzen als zentrale Managementaufgabe

Im Zentrum dieser Dissertation steht die Fragestellung, wie es Organisationen gelingen kann, eine Entscheidungsfähigkeit und eigene Entscheidungs-Praktiken aufzubauen. Die bisherigen systemtheoretischen Ausführungen haben gezeigt, dass der *Aufbau einer organisationalen Entscheidungsfähigkeit von der kontinuierlichen und reflexiven Gestaltung von Grenzen* abhängig ist. Ohne Grenzen verstanden als «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) und einem bestimmten Mass an Erwartungssicherheit können keine komplexen Ketten von Handlungen, also keine Entscheidungs-Praktiken, aufgebaut werden. Grenzen sind konstituierend für die Entstehung sozialer Systeme, oder noch allgemeiner gesprochen, für die Entwicklung der modernen Gesellschaft insgesamt, die als eine *Entwicklung der Grenzbildungsprozesse* und der funktionalen Differenzierung beschrieben werden kann (Luhmann 1997). Die zentrale Funktion von Grenzen ist dabei die *Reduktion von Komplexität* (Luhmann 2005b: 147), denn durch Grenzen wird es möglich, Inseln geringer Komplexität in der Welt zu schaffen und Unsicherheit zu absorbieren (Luhmann 2005b: 147). Die Komplexitätsreduktion führt zu einer stärkeren Selektivität von Systemen, die sich nur noch gegenüber bestimmten Themen kommunikativ resonant zeigen und sich auf die Erfüllung weniger Aufgaben spezialisieren. Diese Einschränkung von internen Möglichkeiten machen Organisationen *handlungs- und entscheidungsfähig*, da sie nicht kontinuierlich mit einer kaum handhabbaren Vielzahl von Entscheidungsmöglichkeiten konfrontiert werden.

Dank Grenzen können Organisationen eigene Operationsweisen aufbauen und systemspezifische Entscheidungsprozesse etablieren. Diese operative Geschlossenheit von Organisationen bedeutet aber nicht, dass sie nicht gleichzeitig auch offen gegenüber ihren Umwelten sein können. Die operative Geschlossenheit ist gerade die Voraussetzung für ihre Offenheit gegenüber vielschichtigen Umwelten (Luhmann 2000: 54). Es ist die *Gleichzeitigkeit von Offenheit und Geschlossenheit*, die soziale Systeme überlebensfähig macht: Sie können nur dann fortbestehen, wenn sie die Fähigkeit bewahren, sich gegenüber bestimmten Umweltveränderungen sensibel zu zeigen, Strukturveränderung zuzulassen,

und auf Basis von Selbstbeobachtung und Reflexivität ihre Entscheidungs-Praxis selbstkritisch weiterentwickeln. Gleichzeitig müssen Organisationen aber auch Störungen der Umwelt «ausschalten» und Grenzen stabil halten, um nicht im Chaos wechselnder Umwelteinflüsse zu zerfliessen (Willke 1992: 22) und ihre Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zu verlieren. Organisationen oszillieren ständig zwischen der Aufnahme und dem Abweisen von Umweltrauschen, zwischen Verlust und Wiederherstellung von Redundanz und zwischen dem Öffnen und Schliessen von Grenzen (Luhmann 1992: 175). Aus der Perspektive der Systemtheorie sind Grenzen nicht einmal zu ziehende «Linien» zwischen System und Umwelt. *Grenzbildungsprozesse sind nie abgeschlossen* und die System/Umwelt-Differenz muss immer wieder aufs Neue hergestellt werden (Arndt 2007; Luhmann 1984; Paulsen & Hernes 2003). Der *Existenzerhalt von sozialen Systemen ist auf die Neujustierung von Grenzen angewiesen*. Die Weiterentwicklung der Organisation und ihrer spezifischen Entscheidungs-Praxis wird somit durch Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung geprägt (Arndt 2007: 228). Diese Prozesse der Öffnung und Schliessung müssen an einer Stelle im System bearbeitet und gestaltet werden (Luhmann 2018: 324). Diese Gestaltungsarbeit kann sich dabei auf die kommunikative Verarbeitung von Umweltirritationen, auf Entscheidungsprämissen und die Entscheidungs-Praxis, auf den Grad der internen Ausdifferenzierung und auf Mitgliedschaftsrollen beziehen (siehe Tabelle 1). Verändern sich die formalen Strukturen oder die etablierten Entscheidungsprämissen, werden dabei auch die Grenzen des Systems und der Möglichkeitsraum, innerhalb dessen kollektive Entscheidungen getroffen werden, tangiert. Dabei ist stets unklar, welches Mass an Geschlossenheit und Stabilität bei gleichzeitiger Offenheit für die Existenz der Organisation förderlich ist. Erst im Nachhinein kann beobachtet werden, ob es sinnvoll war, die Organisation mit Unsicherheit der Umwelt zu konfrontieren und Grenzen selektiv auf bestimmte Problemstellungen zu öffnen oder Informationen gezielt von der Organisation abzublocken und ihre Grenzen selektiv zu schliessen.

Immer dort, wo Unsicherheit in Organisationen herrscht und wo es keine vordefinierten Handlungs- und Erklärungsschemata gibt, kommt *Management verstanden als reflexive Gestaltungspraxis* ins Spiel (Rüegg-Stürm & Grand 2019). Es ist die zentrale Aufgabe von Management-Verantwortlichen, die Grenzen einer Organisation zu bearbeiten und die dynamischen Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung einer Organisation zu *gestalten* (Ulrich 1984). Hier wird mit Verweis auf das Management-Verständnis von Ulrich (1984) bewusst der *Begriff der «Gestaltung»* und nicht der *Begriff der «Steuerung»* verwendet. Management-Verantwortliche können Systemgrenzen nicht definieren oder

kausal auf die Prozesse der Öffnung und Schliessung von Organisationen Einfluss nehmen. Sie können aber im Sinne der Gestaltung und Lenkung sozialer Systeme (Ulrich 1984) die Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung beobachten und den organisationalen Kontext, in dem Informationen prozessiert und Entscheidungen hervorgebracht werden, gestalten. Wie die Organisation wiederum auf die Veränderung des organisationalen Kontextes reagiert, kann im Voraus nicht antizipiert werden, sondern muss laufend über Kommunikationsprozesse beobachtet werden (Simon 2007: 58). Auch können Management-Verantwortliche Grenzen bearbeiten, indem über die Bezugspunkte von Grenzen entschieden wird. Der Aussage, dass die Gestaltung von Grenzen in den Aufgabenbereich von Management-Verantwortlichen fällt, würde wohl auch Luhmann zustimmen. Letztendlich ist der Umgang mit Grenzen die Voraussetzung für die Entwicklung einer organisationalen Entscheidungs-Praxis, und diese obliegt laut Luhmann (2018: 319) meist den «höheren Instanzen». Mit seinen Erläuterungen zu Grenzstellen zeigt er auf, dass der Umweltkontakt irgendwo im System zu regulieren ist.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch seine *theoretische Unterscheidung von Entscheidungen und Entscheidungsprämissen*. Management-Verantwortlichen fällt demnach die Aufgabe zu, die Bedingungen von Entscheidungsprozessen über die Festlegung von Entscheidungsprämissen zu gestalten und *förderliche Voraussetzungen für das Zustandekommen von Entscheidungen in Organisationen* zu schaffen:

> «Eine der wichtigsten Aufgaben des "Managements" dürfte es deshalb sein, ein jeweils persönliches Gedächtnis in ein Organisationsgedächtnis umzuformen, vor allem also: in die Akten zu geben. So entstehen Entscheidungsprämissen, die dann in den weiteren Operationen des Systems verwendet werden und ihnen Richtung geben können» (Luhmann 2000: 86).

Aus diesen Überlegungen kann gefolgert werden, dass Management-Verantwortliche eine zentrale Rolle für die *Entwicklung einer Entscheidungs-Praxis* haben. Ihnen kommt die übergeordnete Funktion zu, die etablierte Entscheidungs-Praxis zu beobachten und über die Gestaltung von Entscheidungsprämissen die Kohärenz der verteilt ablaufenden Entscheidungen in einer Organisation sicherzustellen. Ob es gelingt, eine Entscheidungs-Praxis zu etablieren, ist *Ausdruck der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit* eines sozialen Systems. Dabei ist eine Organisation auf *Selbstbeobachtung und Reflexivität* angewiesen. Die Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung und die Entwicklung der organisationalen Entscheidungsfähigkeit muss selbstkritisch beobachtet und aktiv gestaltet werden..

Teil C: Methodologie

6. Forschungsverständnis und methodologischer Ansatz

Die Art und Weise, wie Wissenschaftler auf soziale Realitäten zugreifen, ist von vielen impliziten Annahmen geprägt. Normative Hypothesen über die Beschaffenheit der sozialen Welt, die Affinität zu bestimmten Theorietraditionen und die Sozialisierung einer Forscherin in einem spezifischen Forschungsparadigma [8] beeinflussen, wie soziale Phänomene beobachtet, beschrieben und interpretiert werden (Luhmann 2005a: 320). Die *Wahrnehmung und Interpretation der sozialen Welt* erfolgt aus *einer spezifischen Beobachterperspektive* (Maturana & Varela 1970). Jede Forschungsarbeit muss daher offenlegen, was unter wissenschaftlicher Forschung verstanden wird, welche impliziten epistemologischen Annahmen getroffen werden und welchen Geltungsanspruch die darin präsentierten Erkenntnisse haben. Im Teil C wird deshalb das dieser Dissertation zugrunde gelegte Forschungsverständnis, der methodologische Ansatz sowie der Forschungsprozess beschrieben. Zuerst wird im Kapitel 6.1 das Verständnis von wissenschaftlicher Forschung als die Rekonstruktion von Praxis erläutert. Im Kapitel 6.2 werden das Forschungsdesign der longitudinalen Einzelfallstudie vorgestellt sowie die konkreten Unit of Analysis der Studie definiert. Der durchlaufene Forschungsprozess sowie die Methoden der Datenerhebung und -auswertung werden im Kapitel 6.3 präsentiert. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen im Kapitel 6.4 schliesst diesen methodischen Teil ab.

6.1 Wissenschaftliche Forschung als Rekonstruktion von Praxis

Wie können wir Realität erkennen und wie erlangen wir Wissen über die soziale Welt? Auf diese anspruchsvollen Fragen gibt es unterschiedliche Antworten. Innerhalb der sozialwissenschaftlichen Forschung können zwei epistemologische Grundpositionen unterschieden werden, die diese Frage jeweils für sich beantworten: das *positivistische und das konstruktivistische Forschungsparadigma* (siehe dazu ausführlich Morgan & Smircich 1980). Das positivistische (auch «realistische» (Fried 2005) oder «abbildtheoretische» (Rüegg-Stürm 2003)) Paradigma unterstellt die *Existenz einer unabhängigen Realität*, die von Wissenschaftlern erkennt und objektiv abgebildet werden kann. Das Ziel positivistischer Forschung ist es, «wahre» und allgemeingültige Erkenntnisse, Gesetzmässigkeiten und Theorien zu *finden*. Um objektive Theorien generieren zu können, ist der Einfluss des Forschers auf einen Untersuchungsgegenstand vollständig zu

[8] Unter dem Begriff «Forschungsparadigma» wird in Anlehnung an Kuhn (1979) ein von einer wissenschaftlichen Gemeinschaft geteiltes Denk- und Glaubensmuster, das unhinterfragte begrifflich-methodische System sowie anerkannte theoretische Annahmen verstanden, die wissenschaftliche Arbeitsweisen prägen und definieren.

kontrollieren und so gut wie möglich zu eliminieren. Im Prozess des Erkennens ist «die» Realität mit möglichst präzisen Methoden abzubilden, um eindeutig richtiges Wissen zu erlangen (Rüegg-Stürm 2003: 23). Die oftmals durch hypothesentestende Verfahren und durch den Einsatz quantitativer Methoden generierten Theorien und Erkenntnisse bestehen aus universellen Gesetzen und müssen den Gütekriterien der *Objektivität, Reliabilität und Validität* standhalten (Morgan & Smircich 1980). Obwohl die historischen Wurzeln des Positivismus weit zurückliegen und im logischen Positivismus des «Wiener Kreises» der 1920er und 1930er-Jahre zu finden sind (Kelle 2017: 47), sind die epistemologischen Grundprämissen der positivistischen Weltanschauung noch immer gültig und auch innerhalb den Sozialwissenschaften weitverbreitet (van de Ven 2007).

Aus einer konstruktivistischen Perspektive hingegen werden Gesetzmässigkeiten und Erkenntnisse über die soziale Welt nicht gefunden, sie werden vielmehr *erfunden*. Wissenschaftliche Erkenntnisse sind das Resultat einer *aktiven Konstruktionsleistung eines Beobachters* (Maturana & Varela 1970), der zur Deutung der sozialen Welt auf gesellschaftliche Bewertungsmuster und auf Sprache zurückgreifen muss (Berger & Luckmann 1977). Eine theoriefreie, objektive Beobachtung der sozialen Welt ist in diesem Wissenschaftsverständnis nicht möglich (und auch nicht erstrebenswert). Wissen ist, anders als aus einer positivistischen Perspektive, nicht das Ergebnis eines Abbildens der sozialen Wirklichkeit. Wissen entsteht vielmehr durch den Versuch eines Beobachters die soziale Welt zu verstehen und sprachlich, das heisst mit theoretischen Begriffen und Modellen, zu inszenieren (Rüegg-Stürm 2003: 23). Das so entstandene Wissen ist nicht von universeller Gültigkeit, vielmehr ist *Wissen kontextspezifisch*. Es ist nicht das Ziel konstruktivistischer Forschung, «wahre» oder «falsche» Erkenntnisse zu generieren. Wissenschaftliches Wissen wird eher als «ein Schlüssel, der uns mögliche Wege erschliesst» (Glasersfeld 1981: 17), verstanden. Andere Gütekriterien wie die *Relevanz und Nützlichkeit von theoretischen Erklärungsansätzen* rücken in den Vordergrund (Steinke 1999: 93). In diesem Zusammenhang sprechen Forscher des konstruktivistischen Forschungsparadigmas auch davon, dass Theorien in erster Linie «passen» (Nassehi 2003: 9) müssen, also eine funktionale Verbindung zwischen Theorien und der sozialen Welt hergestellt werden kann. Wissen kann danach beurteilt werden, ob es «brauchbar, relevant [und] lebensbefähigend ist» (Fried 2005: 33).

Natürlich ist weder das positivistische noch das konstruktivistische Forschungs-paradigma eine einheitliche Denkschule. Beide Paradigmen wurden in der Vergangenheit von teilweise sehr unterschiedlichen Theorie- und Literaturströmungen geprägt (Kelle 2017). Nichtsdestotrotz lassen sie sich hinsichtlich *grundlegender Annahmen* über das

menschliche Erkennen und daraus resultierender *Konsequenzen für die wissenschaftliche Forschung* unterscheiden. Die Tabelle 2 fasst die Unterschiede des positivistischen und des konstruktivistischen Paradigmas hinsichtlich Ontologie[9], Epistemologie, Forschungsziel, Gütekriterien sowie dominierender Methoden in Anlehnung an die Ausführungen bei Rüegg-Stürm (2003: 23) und Morgan & Smircich (1980: 492) zusammen.

	Positivistisches Forschungsparadigma	**Konstruktivistische Forschungsparadigma**
Ontologische Grundannahmen	Es besteht eine Realität, die unabhängig von einem Beobachter erfasst werden kann.	Es gibt keine vom Beobachter unabhängige Realität.
Epistemologie	Erkennen heisst Abbilden der Wirklichkeit.	Erkennen heisst Inszenierung und Konstruieren der Wirklichkeit.
Forschungsziel	Generierung von «falschen» und «wahren» Theorien und Erkenntnissen. Überprüfung von allgemeingültigen Hypothesen und Gesetzen.	Die soziale Welt rekonstruieren, interpretieren und verstehen. Generierung von kontextspezifischem Wissen.
Gütekriterien	Objektivität, Reliabilität, Validität	Relevanz, Brauchbarkeit, «Passung»
Dominierende Methoden	Quantitative und objektivierende Methoden	Qualitative und interpretierende Methoden

Tabelle 2: Das positivistische und konstruktivistische Forschungsparadigma

Weder das eine noch das andere Paradigma kann als «richtig» oder «falsch» angesehen werden. Diese normativen Grundannahmen über das menschliche Erkennen kann man entweder bejahen oder sie ablehnen und sich als Forscherin mit dem einen oder dem anderen Paradigma stärker identifizieren. Letztendlich ist ein Forschungsparadigma ein *Glaubens*-System (Kuhn 1979), dem man seinen Glauben schenkt oder auch nicht.

Diese Dissertation baut auf einem konstruktivistischen Forschungsverständnis auf, das auch mit den epistemologischen Grundannahmen der Systemtheorie und Praxistheorie (Teil B) vereinbar ist. Es wird von der These ausgegangen, dass «Wahrheiten» über die soziale Welt nicht einfach vorliegen und von einer Forscherin gefunden, sondern Erkenntnisse über soziale Phänomene *durch einen Forschungsprozess konstruiert und aktiv hervorgebracht werden*. Einen unmittelbaren Zugang zur Wirklichkeit kann es nicht geben (Luhmann 1993: 33). Es wird allerdings nicht bestritten, dass es eine Wirklichkeit gibt. Aussagen über die Wirklichkeit entspringen dem eigenen Erleben und sind *soziale Zuschreibungen*, die aber im Alltag als «real» erfahren werden (Berger & Luckmann 1977; Fried 2005: 38). Da

[9] Der Begriff der Ontologie kommt aus der Philosophie und bedeutet die «Lehre vom Sein» (siehe für eine ausführliche Begriffserklärung Busse, Humm et al. 2014).

soziale Realitäten unterschiedlich erfasst werden, dient uns die *Sprache als Mittel der Verständigung* und ermöglicht einen Abgleich zwischen unterschiedlichen Konstruktionen (Fried 2005: 36). Mithilfe der Sprache, mit ihren Möglichkeiten, aber auch Limitationen, können Wissenschaftler Konstruktionen über die soziale Welt teilen und zu intersubjektiven Überzeugungen gelangen. Aus einer konstruktivistischen Perspektive sind soziale Phänomene nicht unabhängige Entitäten, denn sie entstehen vielmehr durch *diverse soziale Interaktions-, Aushandlungs- und Deutungsprozesse* (Berger & Luckmann 1977). Wie jede Form des Erkennens ist auch das *wissenschaftliche Erkennen eine Konstruktionsleistung eines Beobachters* (Luhmann 1993). Dies bedeutet, dass «Wahrheit» oder sozialer Sinn nicht einfach statisch vorliegen und *sind*, sondern sich immer *im Zustand des Werdens* befinden (Tsoukas & Chia 2002). Forschungsarbeiten innerhalb des konstruktivistischen Paradigmas fragen daher danach, wie sich soziale Phänomene über die Zeit entwickeln und wie sozialer Sinn zwischen Akteuren entsteht, zugeschrieben und konstruiert wird (Hernes 2014). Wissenschaftliche Erkenntnisse können somit nur *provisorischen Charakter* haben, denn auch nach Abschluss eines Forschungsprozesses laufen Konstruktions- und Sinnprozesse der untersuchten Akteure weiter und verändern somit den Untersuchungsgegenstand. Das sozialwissenschaftliche Erkennen ist mit der Herausforderung konfrontiert, dass die soziale Welt eine Welt «on the move» ist (Hernes 2014) und soziale Konstruktionsprozesse nie abschliessend erfasst werden können.

Das *wissenschaftliche Erkennen* unterscheidet sich von anderen Formen des Erkennens dahingehend, als das versucht wird, die *sozialen Konstruktionen* von Individuen, Gruppen oder Organisationen *zu rekonstruieren*. Die Konstruktionen des Sozialwissenschaftlers sind «sozusagen Konstruktionen zweiten Grades. Es sind Konstruktionen jener Konstruktionen, die im Sozialfeld von den Handelnden gebildet werden» (Schütz 1971: 6). Ziel wissenschaftlicher Forschung ist somit die *Rekonstruktion vorliegender sozialer Konstruktionen*. Anders formuliert, kann Wissenschaft aus dieser konstruktivistischen Perspektive als *Beobachtung zweiter Ordnung* verstanden werden, denn Forschung beobachtet mit einer spezifischen Beobachtungsweise ein soziales Phänomen und schafft dadurch eine eigene, neue Realität (Luhmann 1990). Die wissenschaftliche Beobachtungsweise ist dabei eine andere als diejenige des Untersuchungsobjekts, und gerade darin liegt der Mehrwert von wissenschaftlicher Forschung: «Ihre Beobachtung ermöglicht es, Alternativen zu generieren, wodurch sich […] andere als die bisher bedachten Handlungsoptionen eröffnen können» (Tuckermann 2013a: 16).

Was aber ist der *Gegenstand*, die *Unit of Analysis*, dieser Rekonstruktionsleistung wissenschaftlicher Forschung? Im Teil B wurde in die theoretische Analysebrille dieser

Arbeit sowie in systemtheoretische und praxistheoretische Grundannahmen eingeführt. Es wurde erläutert, dass die organisationale Realität durch Praktiken bzw. Entscheidungs-Praktiken erschaffen wird. Praktiken, verstanden als kollektive und routinisierte Handlungsmuster, erzeugen und reproduzieren soziale Ordnung und stiften spezifischen Sinn: «Practices are meaning-making, order-producing, and reality-shaping activities» (Nicolini & Monteiro 2017: 114). Im Einklang mit dem konstruktivistischen Forschungsparadigma sind soziale Praktiken nicht gegebene Entitäten oder «facts of an objective reality» (Dachler 1992: 169). Praktiken verändern sich *durch den Gebrauch über die Zeit*, ihrer Mobilisierung in verschiedenen Kontexten und durch das Mitwirken unterschiedlicher Akteure. Praktiken und somit auch sozialer Sinn unterliegen ständigen *Veränderungs- und Interpretationsprozessen*. Wissenschaftliche Forschung versucht den Prozess dieser Wirklichkeitsordnung zu verstehen, indem organisationale Praktiken, hier im Spezifischen Entscheidungs-Praktiken bzw. die Entstehung einer organisationalen Entscheidungs-Praxis, rekonstruiert werden. Der Gegenstand der «Konstruktion zweiten Grades» (Schütz 1971: 6) sind somit Praktiken, insbesondere Praktiken in Organisationen. Inwiefern es der wissenschaftlichen Forschung gelingt, die Entscheidungs-Praxis eines Forschungspartners nachvollziehbar zu rekonstruieren, ist abhängig von den *Möglichkeiten und Grenzen der in Anschlag gebrachten theoretischen Begriffswelt*, also letztendlich von der verwendeten Sprache und Analysebrille.

Im Hinblick auf die obigen Ausführungen kann zusammenfassend gesagt werden, dass wissenschaftliche Forschung in dieser Arbeit aus einer *konstruktivistischen Perspektive verstanden wird* und die *Rekonstruktion einer organisationalen Entscheidungs-Praxis* zum Ziel hat. Ob diese Rekonstruktion gelingt und dabei innovative Erklärungsansätze entstehen, ist unter anderem von der Lernpartnerschaft zwischen Forscher und Beforschtem abhängig. Dieser Gedanke wird im folgenden Kapitel ausgeführt.

6.1.1 Die wissenschaftliche Rekonstruktion von Praxis erfolgt in einem Lernprozess

Aus der Perspektive des konstruktivistischen Forschungsparadigmas haben Forscher *keinen privilegierten Zugang zur sozialen Welt* und können keine vom Beobachter unabhängige und objektiv gültige Erkenntnisse generieren: «researchers do not have privileged access to objective data, but in fact play a role in constructing what they discover as reality» (Barrett, Thomas et al. 1995: 369). Nicht allgemeingültige, sondern vielmehr *nützliche* «Konstruktionen zweiten Grades» (Schütz 1971: 6) sind das Ziel konstruktivistischer Forschung. Es wurde bereits angedeutet, dass diese Konstruktionsleistung und die Erarbeitung von wissenschaftlichen Erkenntnissen dabei nicht *alleine durch die Forscherin bzw. das Forschungsteam* erfolgt. In der empirischen Organisationsforschung ist ein Wissenschaftler in einem *Forschungskontext* eingebettet. Auch der *Forschungspartner selbst hat einen massgeblichen Einfluss* auf die Erarbeitung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und auf die Rekonstruktion der eigenen Entscheidungs-Praxis. Der Forscher beobachtet das organisationale Alltagsgeschehen des Forschungspartners, wird dabei aber auch vom Forschungspartner selbst beobachtet (Tuckermann 2013a: 33). Aus einer systemtheoretischen Perspektive könnte man sagen, dass in einem Forschungskontext *mehrere operativ geschlossene Systeme* aufeinandertreffen und *sich wechselseitig beobachten* (Tuckermann 2013a: 34). Informationen werden dabei zwar vor dem Hintergrund *eigener Bewertungs- und Interpretationsschemata* gedeutet, gleichzeitig kommt es aber immer wieder zum *kommunikativen Abgleich* und *gegenseitiger Validierung* dieser Deutungsansätze, wenn z.B. in einem Interview gemeinsam über Entwicklungen des Forschungspartners reflektiert wird oder in einem Workshop provisorische wissenschaftliche Erkenntnisse präsentiert werden. Ein Forschungspartner kann darüber entscheiden, zu welchen Informationen und Gesprächspartnern er einem Forscher Zugang verschafft und prägt mit seinen mitlaufenden Alltagstheorien, Begrifflichkeiten und eigenen Erklärungen, wie ein Forschungsteam den beforschten Gegenstand wahrnimmt. Forschung entsteht daher in einem *gemeinsamen kommunikativen Kreations- und Lernprozess*, an dem Forscher und Beforschter gleichermassen beteiligt sind (Rüegg-Stürm 2002: 24). Die Erarbeitung von wissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgt in einem *sozialen Austauschprozess* (Dachler 1992: 170), in dem Wissen gemeinsam kreiert und hervorgebracht wird. Dazu schreibt Bate (2000: 486) treffend: «research is done *with* people rather than *to* them.» Gerade bei longitudinalen Forschungsvorhaben, wie dem hier vorliegendem, werden Hypothesen und Resultate in einem *iterativen Prozess* immer wieder bestätigt oder hinterfragt, und aufgrund von neu erhobenen Daten ergeben sich präzisere Interpretationen und Erklärungsansätze. Eine zentrale Voraussetzung, dass dieser

Kreationsprozess von neuem Wissen gelingen kann, ist neben *gegenseitigem Vertrauen* vor allem die Bereitschaft, sich auf die Perspektive des anderen einzulassen und seine *eigene Wahrnehmung selbstkritisch zu hinterfragen*:

> «Voraussetzung auf Seiten des Untersuchers sind bewusste Bereitschaft, sich auf entsprechende Prozesse einzulassen und entsprechende Sensibilität für Selbstbeobachtung und Reflexivität» (Baitsch 1993: 76).

Diese Art der wissenschaftlichen Forschung ist auf eine *sorgfältige Gestaltung der Beziehungen gegenüber dem Forschungspartner* angewiesen und auf einen respektvollen Umgang mit unterschiedlichen Interpretationsversuchen. Durch den Austausch im Rahmen einer Lernpartnerschaft kann sichergestellt werden, dass die erarbeiteten theoretischen Deutungsansätze möglichst nahe an der «Realität» des Forschungspartners sind, praktisch relevant und zugleich in der Empirie verankert sind. Der *Mehrwert* dieser Art der Forschung liegt somit nicht nur im konkreten Resultat der Forschungsarbeit und in Publikationen, sondern vor allem *im gemeinsamen Kreations- und Lernprozess zwischen Forscherin und Forschungspartner*, durch den erst relevante wissenschaftliche Erkenntnisse generiert werden können. Auch deshalb eignen sich vor allem *longitudinale Fallstudien* für die Rekonstruktion der organisationalen Praxis. Weitere für die vorliegende Arbeit relevante methodische Konsequenzen des konstruktivistischen Forschungsparadigmas werden im nächsten Kapitel diskutiert.

6.1.2 Methodologische Konsequenzen

Wenn Forschung als die *Rekonstruktion von Praxis* (Schütz 1971: 6) oder als *Beobachtung zweiter Ordnung* (Tuckermann 2013a) verstanden wird, dann müssen sowohl das *Forschungsdesign* als auch die verwendeten *Erhebungs- und Auswertungsmethoden* darauf ausgerichtet werden, dass die organisationale Praxis für eine Forscherin überhaupt beobachtbar und rekonstruierbar ist. Dies kann nur gelingen, wenn eine Forscherin die Entstehung, Mobilisierung und zeitlichen Dynamiken von Praktiken, Prozessen und Geschehnissen im organisationalen Vollzug und im konkreten Forschungssetting *feldnah beobachten* kann. Der Forschungsgegenstand muss von «innen» her kennengelernt und mit *verstehenden und interpretativen Methoden* erschlossen werden (Thomas 2019: 69). Dafür bieten sich vor allem auch *ethnografische Erhebungs- und Auswertungsmethoden* an, die sich durch *Offenheit und Unvoreingenommenheit* gegenüber dem Forschungsgegenstand auszeichnen und darauf abzielen, die vorbefindliche soziale Realität zu interpretieren und zu verstehen (Flick 2009; Gobo & Molle 2017; Lüders 2009; Thomas 2019). *Ethnografische Forschungsansätze* versuchen kollektive Handlungen und Praktiken

kontextspezifisch zu interpretieren und in einer kondensierten Form zur Darstellung zu bringen. Wissenschaftliche Forschung ist demnach *ein anspruchsvoller Selektions-, Rekonstruktions- und Interpretationsprozess,* der zum besseren Verständnis eines sozialen Phänomens beitragen sollen (Friebertshäuser & Richter 2018: 42). Bei dieser Interpretationsarbeit geht es nicht um die Identifikation von allgemeingültigen Gesetzen, sondern vielmehr um die *Identifikation von beobachtbaren Mustern und Typen*. Geertz, auf den der Begriff der «dichten Beschreibung» zurückgeht, schreibt dazu:

> «Ich meine […], dass der Mensch ein Wesen ist, das in selbstgesponnene Bedeutungsgewebe verstrickt ist, wobei ich Kultur als dieses Gewebe ansehe. Ihre Untersuchung ist daher *keine experimentelle Wissenschaft*, die nach *Gesetzen* sucht, sondern eine *interpretierende*, die nach *Bedeutungen* sucht. Mir geht es um Erläuterungen, um das Deuten gesellschaftlicher Ausdrucksformen, die zunächst rätselhaft scheinen» (Geertz 1983: 9; Kursivsetzungen durch Autorin).

Erklärungsbedürftige Phänomene sollen demnach *in ihrem spezifischen Kontext* untersucht und interpretiert werden. Zielt man auf eine Rekonstruktion einer organisationalen Praxis, bedeutet dies gleichzeitig auch eine *Hinwendung zur vertieften Studie von Einzelfällen*, anstatt mehrere Fälle bzw. Untersuchungsgegenstände gleichzeitig zu untersuchen, um Erkenntnisse möglichst zu generalisieren. Mithilfe einer fokussierten Analyse auf Einzelfälle kann sichergestellt werden, dass aus der «dichten» keine «dünne Beschreibung» (Friebertshäuser & Richter 2018: 42) wird, und *ein sozialer Gegenstand in seiner Komplexität* und *in seinem sozialen Kontext* untersucht werden kann (Pettigrew 1987). Für rekonstruierende, ethnografische Forschungsansätze sind daher Einzelfallstudien typisch (Kromrey 1986: 320). Die über Einzelfallstudien generierten wissenschaftlichen Erkenntnisse sind dabei *bescheiden im Erklärungsanspruch* und *hypothetisch im Charakter* (Luhmann 2005a: 317). Sie sind das Resultat eines iterativen Forschungsprozesses und entstehen in einem *spezifischen organisationalen Kontext*. Schon alleine dieser Umstand macht es für die nachfolgende Forschung schwierig, wissenschaftliche Erkenntnisse und Beobachtungen zu reproduzieren und zu generalisieren.

Zwar können über die Rekonstruktion einer organisationalen Praxis anhand eines Einzelfalles *keine allgemeingültigen Gesetze* abgeleitet werden; durch die wissenschaftliche Interpretationsarbeit können aber *durchaus Erklärungs- und Deutungsangebote* von idealtypischen Handlungsmustern geschaffen werden (Ulrich 1981). Diese Erklärungsangebote können wiederum von einem Forschungspartner genutzt

werden, um die *eigene organisationale Praxis zu reflektieren* und um *unbewusste Prozesse, Routinen und Entscheidungsmuster zu hinterfragen*. Wissenschaftliche Forschung kann dazu beitragen, einem sozialen System die *eigenen blinden Flecken* und selbstverständlich gewordene Entscheidungsprämissen aufzuzeigen (Luhmann 2000). Ziel wissenschaftlicher Forschung ist somit, eine «verständnisfördernde Perspektive» (Kubicek 1977: 29) zu eröffnen und sowohl der Scientific Community als auch dem Forschungspartner *alternative Deutungsansätze* anzubieten. Die klassischen Gütekriterien wie Repräsentativität und Objektivität verlieren somit an Bedeutung (Dachler 1992), und wissenschaftliche Beiträge werden vielmehr nach der Frage evaluiert, ob sie helfen, ein *vertieftes Verständnis einer empirischen Problemstellung* zu entwickeln (Schmidt 2005: 48). Ganz im Sinne des konstruktivistischen Forschungsparadigmas zeichnet sich «gute» Forschung nach Nicolini (2012) dadurch aus, dass sie *reichhaltige Beschreibungen von Problemstellungen* generiert und somit auch die *Sprachfähigkeit von Forscherinnen und Forschungspartnern* verbessert:

> «[…] scientific is an adjective that defines whether some (provisional) propositions about the world *make us more articulate*; that is, more capable of appreciating differences that matter. Being articulate (as opposed to inarticulate) means that we can make *new and enlightening connections between things of the world*. This in turn opens new opportunities for acting (or not acting) in a more informed way» (Nicolini 2012: 215–216; Kursivsetzungen durch Autorin).

Da wir uns nur im Medium der Sprache über die eigens hervorgebrachten Konstruktionen austauschen können, ist es entscheidend, eine *möglichst präzise und gleichzeitig reichhaltige Sprache* zu verwenden, um empirische Problemstellungen zu beschreiben. Laut dem obigen Zitat von Nicolini (2012) kann Wissenschaft im Idealfall dazu beitragen, die *Artikulationsfähigkeit zu stärken* und somit neu Erkenntnisse über die Beschaffenheit der sozialen Realität hervorzubringen. Wissenschaftliche Beiträge müssen dabei eine gute Balance finden zwischen neuen und überraschenden Erkenntnissen, die aber gleichzeitig für einen Forschungspartner anschlussfähig und nachvollziehbar sind (Tuckermann 2013a: 72). Ob die wissenschaftliche Rekonstruktion eines sozialen Phänomens «richtig» ist, kann laut dem konstruktivistischen Forschungsparadigma nicht beantwortet werden. Denn obwohl das wissenschaftliche Beobachten durch systematische Methoden angeleitet wird, sind es letztendlich eben *«nur» Beobachtungen und Konstruktionen*, die nicht mit der Realität abgeglichen werden können (Luhmann 2004). Nichtsdestotrotz gibt es Möglichkeiten, um *die Nützlichkeit der eigenen Forschung zu prüfen*. Ob es der wissenschaftlichen Forschung gelingt, attraktive Deutungsansätze zu generieren, kann im

Austausch mit dem Forschungspartner und durch die gemeinsame Diskussion des Forschungsprozesses und der Forschungsergebnisse in Erfahrung gebracht werden. Ganz allgemein gilt für wissenschaftliche Beiträge des konstruktivistischen Forschungsparadigmas, dass die erarbeiteten Konstruktionen zweiter Ordnung regelmässig abgeglichen und in unterschiedlichen Reflexionskontexten *auf ihre Nachvollziehbarkeit und «Resonanz» getestet werden*: Sei dies mit dem Forschungspartner, mit dem Forschungsteam oder in Feedbackrunden mit Management-Verantwortlichen oder externen Wissenschaftlerinnen (Tuckermann 2013a: 90–91).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Forschungspartner zurecht erwarten können, dass *wissenschaftliche Forschung Anregungen zur Selbstreflexion liefert* und zum ganzheitlichen Verständnis empirischer Problemstellungen beiträgt. Gleichzeitig kann Wissenschaft, so wie sie in dieser Dissertation verstanden wird, *keine allgemeingültigen Erkenntnisse* oder Rezeptwissen zur Verfügung stellen. Vielmehr wird in Form «dichter Beschreibungen» (Geertz 1983) und unter Anwendung feldnaher Erhebungs- und Auswertungsmethoden versucht, ein *soziales Phänomen kontextspezifisch zu verstehen und zu interpretieren*. Dabei geht es um die *Identifikation von wiederkehrenden Deutungs-, Handlungs- und Entscheidungsmustern* der beobachteten Akteure in einem sozialen Feld. Um diese Muster beobachten und um die Entscheidungs-Praxis rekonstruieren zu können, bietet es sich an, die Analyse *auf einen interessanten Einzelfall zu fokussieren* und einen Forschungsgegenstand *über einen längeren Zeitraum* hinweg zu begleiten. Ganz im Sinne des konstruktivistischen Forschungsparadigmas liefern die so generierten Beschreibungen *einen* möglichen Erklärungsansatz, der nicht den Status einer objektiven Wahrheit geniesst, sondern *eine aus vielen anderen denkbaren Lesearten eines empirischen Phänomens* darstellt. Der gewählte Erklärungsansatz ist aber nicht willkürlich. Seine Erklärungskraft und Nützlichkeit kann im Austausch mit dem Forschungspartner sowie mit dem Forschungsteam validiert werden.

Nachdem die methodologischen Konsequenzen diskutiert wurden, die sich aus einem konstruktivistischen Forschungsverständnis ergeben und gezeigt wurde, welche Erwartungen an sozialwissenschaftliche Forschung gerechtfertigt sind (und welche nicht), werden in einem nächsten Kapitel die Kriterien zur Beurteilung «guter» Forschung dargestellt, an denen sich auch diese Arbeit messen möchte.

6.1.3 Gütekriterien für konstruktivistische Forschungsbeiträge

Die obigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass aus einer konstruktivistischen Perspektive keine Wirklichkeit vorausgesetzt werden kann, die unabhängig von einem Beobachter existiert (Maturana & Varela 1970; Nassehi 2008). Das klassische wissenschaftliche *Ideal der Objektivität* verliert in diesem Wissenschaftsverständnis seine Gültigkeit. Auch der *Anspruch nach Reliabilität von Daten* und *methodischen Verfahren*, verstanden als die Stabilität von Daten und Ergebnissen bei wiederholter Erhebungen, scheinen für die Bewertung konstruktivistischer Forschungsbeiträge bzw. für qualitative Sozialforschung ganz allgemein unpassend zu sein (Flick 2010: 396–397). Die identische Reproduktion einer Erzählung im Rahmen eines Experteninterviews könnte sogar eher als ein Hinweis auf eine «zurechtgelegte» Darstellung von Ereignissen gedeutet werden und vielmehr die Verlässlichkeit von Daten infrage stellen, als sie zu bestätigen (Flick 2010: 397). Forschungsbeiträge des konstruktivistischen Paradigmas, für die unter anderem die *Kontextabhängigkeit und Einmaligkeit sozialer Phänomene* entscheidend sind, ringen daher seit jeher um die Definition akzeptierter Gütekriterien, welche die Qualität von wissenschaftlicher Forschung standardisiert überprüfbar machen. Teilweise wurde sogar argumentiert, dass die Frage nach geeigneten Gütekriterien aus einer konstruktivistischen Perspektive nicht zulässig sei, da

> «die Annahme, die Welt sei sozial konstruiert, nicht mit Standards für die Bewertung von Erkenntnisansprüchen vereinbar ist, da damit die Grundlage des sozialen Konstruktivismus verlassen werden» (Steinke 2009: 321).

Diese Position hat dem konstruktivistischen Forschungsparadigma den *Vorwurf der Beliebigkeit und Willkürlichkeit* eingebracht. Um diese Kritik zu entschärfen und um die Glaubwürdigkeit konstruktivistischer Forschung zu gewährleisten, ist es wichtig, *Kriterien zur Beurteilung «guter» Forschung* aufzustellen und die eigene wissenschaftliche Forschungspraxis kritisch auf den Prüfstand zu nehmen. Da innerhalb des konstruktivistischen Forschungsparadigmas kein Konsens über geeignete Gütekriterien besteht, stützt sich die vorliegende Forschungsarbeit auf bewährte qualitative Gütekriterien der Literatur, insbesondere auf die Ausführungen von Flick (2010), Steinke (2009, 1999), Yin (2011, 2009, 2003) und Rüegg-Stürm (2003, 2000). Diese wurden jedoch so modifiziert, dass sie den Forschungszielen und den hier vertretenen wissenschaftstheoretischen Überzeugungen Rechnung tragen. An den folgenden fünf Gütekriterien möchte sich diese Forschungsarbeit messen lassen: *Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Konsistenz, empirische Verankerung, Nützlichkeit und Relevanz*

sowie reflektierte Subjektivität. Diese Gütekriterien werden im Folgenden kurz erläutert. Sie sind dabei nicht als technische Checklisten für die Qualitätssicherung einer Forschungsarbeit zu verstehen, sondern vielmehr als *handlungsanleitende Orientierungshilfen*. Die Qualität einer Forschungsarbeit ist letztendlich abhängig vom Zusammenspiel der einzelnen Gütekriterien und einer kreativen Verzahnung theoretischer Perspektiven, methodischer Verfahren und empirischer Erkenntnisse.

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Wenn eine Forschungsarbeit nicht *intersubjektiv nachvollziehbar* ist, kann sie weder überzeugend noch plausibel sein. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit bezieht sich sowohl auf den *Forschungsprozess* als auch auf die daraus hervorgehenden *Forschungsergebnisse*. Der Forschungsprozess soll vollständig dokumentiert werden, damit dem Leser die Möglichkeit gegeben wird, diesen nachzuvollziehen und die entstandenen Ergebnisse nach eigenen Massstäben beurteilen zu können (Steinke 1999: 209). Eines der wichtigsten Gebote qualitativer Sozialforschung ist die *Herstellung von Transparenz* (Flick 2010, 2007; Yin 2009). Es muss offengelegt werden, wie empirische Beobachtungen Stück für Stück zu analytischen Erkenntnissen verdichtet worden sind. Da aus einer konstruktivistischen Perspektive das wissenschaftliche Erkennen selbst eine Konstruktions- und Selektionsleistung ist, muss die spezifische Selektivität einer Forscherin, angefangen bei epistemologischen Grundüberzeugungen bis zu einzelnen methodischen Entscheidungen, entlang des Forschungsprozesses transparent gemacht werden (Rüegg-Stürm 2000). Eine Möglichkeit, um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Forschungsergebnisse zu steigern, besteht in ihrer *kommunikativen Validierung* über sogenannten «member checks» (Flick 2010: 398). Daten und Erkenntnisse sollen hierbei regelmässig mit den befragten Personen, dem Forschungspartner und dem Forschungsteam abgeglichen, diskutiert und kritisch hinterfragt werden, um «blinde Flecke» aufzudecken und die Angemessenheit von Interpretationen zu testen (Flick 2010: 398; Tuckermann 2013a: 90–91). So können Erkenntnisse plausibilisiert, nachvollziehbar und verständlich gemacht werden.

Glaubwürdigkeit

Eine Forschungsarbeit muss *glaubwürdig* sein, was unter anderem durch die Herstellung von *Transparenz* und der *Offenlegung des Forschungsprozesses* erreicht werden kann. Wissenschaftliche Erkenntnisse können allerdings nur glaubwürdig sein, wenn eine *starke empirische Verankerung* vorliegt (Steinke 1999: 221). Beobachtungen und Erkenntnisse müssen *auf erhobene Daten rückführbar sein* und *am empirischen Datenmaterial* diskutiert

werden. So sind beispielsweise Zitate oder Aussagen von Personen mit entsprechenden Belegen zu versehen. Die Glaubwürdigkeit einer qualitativen Forschungsarbeit ist zudem davon abhängig, ob es gelingt, die *Komplexität und Reichhaltigkeit einer bestimmten Problemstellung* überzeugend zur Darstellung zu bringen (Yin 2011). Die Erkenntnisse dürfen sich nicht nur auf einen Aspekt, nicht nur auf einen Momentausschnitt und nicht nur auf die Schilderungen einiger weniger Personen stützen, sondern die *Vielschichtigkeit einer sozialen Realität* muss präsentiert werden. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, eignet sich vor allem die Darstellung eines sozialen Phänomens mithilfe «dichter Beschreibungen» (Rüegg-Stürm 2003, 2000). Untersuchungen *über längere Zeiträume* führen dazu, dass *wiederkehrende Muster identifiziert* werden können, die somit keinen beliebigen Charakter haben und aussagekräftiger sind als Beobachtungen von Momentaufnahmen. Glaubwürdig werden «dichte Beschreibungen» (Geertz 1983) dann, wenn *vielfältige Erhebungsmethoden* verwendet werden und so die wissenschaftliche Rekonstruktion einer sozialen Realität aus möglichst unterschiedlichen Blickwinkeln erfolgt (Flick 2004). Analog zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit kann auch die Glaubwürdigkeit einer Forschungsarbeit durch die kommunikativen Validierung mit dem Forschungspartner oder dem Forschungsteam verbessert werden (Flick 2010: 398).

Konsistenz

Ein weiteres wichtiges Gütekriterium ist die *Konsistenz der Argumentation* und der Forschungsarbeit insgesamt. Es ist sicherzustellen, dass die generierten Theorien in sich kohärent sind, Widersprüche in den Daten und Interpretationen bearbeitet und ungelöste Fragen und Widersprüche offengelegt werden (Steinke 1999: 239–244). Da die Qualität von wissenschaftlicher Forschung abhängig von der Qualität der verwendeten Sprach- und Begriffswelt ist, gilt es auch *Terminologien konsistent zu verwenden* (Yin 2011: 184). Insgesamt sollten die gewählten theoretischen Perspektiven, der methodologische Ansatz und die empirischen Erkenntnisse möglichst widerspruchsfrei aufeinander aufbauen und ineinander verschränkt sein. Es wäre beispielsweise widersprüchlich, würde man die Analysebrille der Praxistheorie (Nicolini & Monteiro 2017; Nicolini 2012) wählen, aber keine feldnahen Methoden wie teilnehmende Beobachtungen oder Shadowing verwenden, um soziale Praktiken beobachten zu können. Darüber hinaus muss auch die *Darstellungsweise von empirischen Erkenntnissen und Forschungsresultaten* zu den gewählten theoretischen Erklärungsansätzen passen.

Nützlichkeit und Relevanz

Obwohl sich die Erkenntnisse qualitativer Forschungsbeiträge oftmals auf einige wenige interessante Fälle beschränken und einen *geringen Anspruch auf Generalisierbarkeit* haben, müssen sie nichtsdestotrotz in irgendeiner Form *nützlich und relevant* sein. Damit ist gemeint, dass sie helfen, ein *vertieftes Verständnis einer empirischen Problemstellung* zu entwickeln (Schmidt 2005: 48) und zu einer «verständnisfördernden Perspektive» (Kubicek 1977: 29) beitragen. Laut Dachler (1992: 172) ist gute Forschung «understandable, meaningful and heuristically useful». Vor allem rekonstruierende und interpretative Forschungsansätze haben das Potenzial, einem Forschungspartner Denkanstösse für die eigene Praxis zu liefern *und gewachsene Selbstverständlichkeiten zu hinterfragen*. Ob dies gelingt, kann in regelmässigen Reflexionsrunden und «member checks» (Flick 2010: 398) geprüft werden. Letztendlich ist das Ziel jeder Forschungsarbeit, neue und im Idealfall originelle Ergebnisse zu produzieren. Das Adjektiv «neu» darf dabei aber nicht überzogen werden, denn die Bewertung, ob etwas «neu» ist oder nicht, ist wiederum eine Frage des Beobachters. So können konkrete Forschungsergebnisse für ein wissenschaftliches Publikum als wenig überraschend wahrgenommen werden, für einen Forschungspartner hingegen von grossem Interesse sein und eine neuartige Perspektive auf seine eigene Praxis werfen. Entscheidend ist somit vor allem die Frage, *ob Beobachtungen und Erkenntnisse einen Informationswert zugemessen wird* und in irgendeiner Form *kommunikativ anschlussfähig* sind. Mit Weick (1989: 525) kann argumentiert werden, dass Forschung dann «neuartig» ist, wenn sie von Interesse ist und in der Vergangenheit getroffene Annahmen zu hinterfragen vermag:

> «Whenever one reacts with the feeling that's interesting, that reaction is a clue that current experience has been tested against past experience, and the past understanding has been found inadequate.»

Reflektierte Subjektivität

Gerade bei empirischen Studien sollte *die Rolle der Forscherin* innerhalb des Forschungsprozesses und innerhalb der untersuchten Organisation kritisch reflektiert werden. Diese Forderung kommt im letzten für diese Forschungsarbeit relevanten Gütekriterium zum Ausdruck, der *reflektierten Subjektivität* (Steinke 1999: 231). Da die Realität nur aus der spezifischen Perspektive eines Beobachters konstruiert wird, muss sich eine Forscherin selbstkritisch mit den subjektiven Vorannahmen auseinandersetzen. Forschungsergebnisse sind daher auch so zu präsentieren, dass sie immer nur *Ergebnisse im Lichte einer spezifischen Beobachter- und Theorieperspektive* sind (Yin 2011: 20). Um

sich kritisch mit der eigenen Forscherrolle auseinanderzusetzen, eignen sich *Formen der Selbstbeobachtung,* wie z.B. Forschungstagebücher (Yin 2011: 20). Zudem soll auch die Beziehung zwischen Beobachter und Beobachtendem kritisch in den Blick genommen werden, Interessenskonflikte und für die Beobachtung hemmende Faktoren offengelegt und durch die Forscherin im Verlauf des Forschungsprozesses mitbeobachtet werden (Steinke 1999: 233–236). Die für diese Arbeit relevanten fünf Gütekriterien werden in Form von Leitfragen in der untenstehenden Tabelle 3 zusammengefasst.

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit
Wird der Forschungsprozess vollständig dokumentiert und transparent beschrieben?
Sind die dargestellten Beobachtungen und Erkenntnisse intersubjektiv nachvollziehbar und wurden sie kommunikativ validiert?
Glaubwürdigkeit
Sind die präsentierten Beobachtungen und Erkenntnisse in empirischen Daten verankert?
Kann die Reichhaltigkeit und Komplexität einer empirischen Problemstellung überzeugend zur Darstellung gebracht werden?
Konsistenz
Sind die im Forschungsprozess entwickelten Beobachtungen und Erkenntnisse in sich konsistent und widerspruchsfrei?
Bauen Theorie, Methodik und Empirie sinnvoll aufeinander auf und bilden ein konsistentes Ganzes?
Nützlichkeit und Relevanz
Trägt die Forschungsarbeit zu einer «verständnisfördernden Perspektive» einer empirischen Problemstellung bei und ist somit «nützlich»?
Ist die Forschungsarbeit von Interesse und liefert sie «neue» Erkenntnisse?
Reflektierte Subjektivität
Wird die Rolle der Forscherin als Teil der untersuchten sozialen Realität reflektiert?

Tabelle 3: Gütekriterien zur Beurteilung der vorliegenden Forschungsarbeit

In den folgenden Kapiteln wird versucht, auf diese Gütekriterien Bezug zu nehmen, indem der Forschungsprozess transparent erläutert, methodische Entscheidungen begründet, auf Limitationen des eigenen Vorgehens hingewiesen und die Rolle als Forscherin kritisch reflektiert wird.

6.2 Methodologischer Ansatz

Der in dieser Arbeit verfolgte methodologische Ansatz leitet sich aus dem im Kapitel 6.1 vorgestellten konstruktivistischen Wissenschaftsverständnis ab. Das verwendete Forschungsdesign, der Forschungsprozess sowie die Methoden der Datenerhebung und -auswertung wurden so gestaltet, dass ein *soziales Phänomen explorativ* und aus einer systemtheoretischen sowie praxistheoretischen Theoriebrille *beschrieben und interpretiert* werden kann. Es wurde versucht, die theoretischen Perspektiven, epistemologischen Überzeugungen und den methodischen Zugriff aufeinander abzustimmen (Langley 1999).

Dabei war die anwendungsorientierte Arbeit «von vornherein auf [eine] in der Praxis festgestellte Problemsituationen ausgerichtet» (Ulrich 2001: 213), denn oftmals sind es nicht theoretische Erklärungslücken in der Literatur, sondern vielmehr *konkrete Problemstellungen*, die zu spannenden Erkenntnissen führen (Alvesson & Sandberg 2011). Der gedankliche Ausgangspunkt der Dissertation – das sei an dieser Stelle noch einmal in Erinnerung zu rufen – ist die Frage, wie es einer Organisation über die Gestaltung von Grenzen gelingt, eine eigene Entscheidungs-Praxis und Entscheidungsfähigkeit aufzubauen. Das Erkenntnisinteresse war somit die Erklärung einer organisationalen Entwicklung *über die Zeit*. Um die Forschungsfrage beantworten zu können, war es daher notwendig, die Entwicklung der Entscheidungsfähigkeit und den Aufbau der Entscheidungs-Praxis zum einen *prozessual* und zum anderen *kontextspezifisch* zu untersuchen (Feldman & Orlikowski 2011). Prozessual bedeutet in diesem Zusammenhang, dass nicht der konkrete Inhalt von Entscheidungen interessiert. Es ist nebensächlich, ob dank des Aufbaus einer organisationalen Entscheidungsfähigkeit das Management-Team nun «bessere» oder «richtige» Entscheidungen hervorbringen kann. Vielmehr interessiert, wie Entscheidungen zustande kamen, und welche Konsequenzen daraus für anschliessende Entscheidungsprozesse entstanden sind. Prozessual bedeutet auch, dass eine Forscherin zunächst versucht, einen *Entwicklungsprozess zu beschreiben, ohne ihn zu bewerten oder zu evaluieren* – obwohl die Grenze zwischen Beschreibung und Bewertung eine feine ist und es laut der Systemtheorie keine vom Beobachter unabhängige Beschreibungsform geben kann. Bei einem prozessualen Ansatz wird versucht, *Entscheidungen und Geschehnisse in ihrem Zeitverlauf und Zusammenspiel* zu rekonstruieren: «Process studies focus attention on how and why things emerge, develop, grow, or terminate over time» (Langley, Smallman et al. 2013: 1). Der Aufbau einer Entscheidungs-Praxis über die Gestaltung von Grenzen wird hier in einem *spezifischen Kontext* untersucht. *Kontextspezifisch* bedeutet, dass Daten und Informationen nicht losgelöst von einem konkreten empirischen Phänomen analysiert werden können. Vielmehr sind sie vor dem Hintergrund historischer, kultureller und sozialer Dimensionen zu interpretieren (Pettigrew 1987: 657). So können z.B. die spezifischen Herausforderungen der hier analysierten Notfallstation nur verstanden werden, wenn ihre Einbettung in einen grösseren organisationalen Kontext berücksichtigt wird.

Der methodische Ansatz dieser Arbeit kann somit als *prozessual und kontextspezifisch* beschrieben werden. Es wird versucht, eine *zeitliche Entwicklung* zu rekonstruieren, zu beschreiben und aus einer theoretischen Perspektive zu interpretieren. Dabei werden die *fallspezifischen Gegebenheiten und der organisationale Kontext* mitberücksichtigt. Für

eine prozessuale, kontextspezifische «dichte Beschreibung» (Geertz 1983) von zeitlichen Entwicklungen eignen sich vor allem *qualitative und feldnahe Methoden* (Langley 1999). Will man einen Prozess in seinem Kontext und in seiner Tiefe verstehen und beschreiben, bedeutet dies eine *Hinwendung zur Analyse eines spezifischen Einzelfalls* und eine *Abkehr von einer allgemeinen Beschreibung vieler unterschiedlicher Fälle*. Aus diesen Gründen und den im Kapitel 6.1.2 erläuterten methodologischen Konsequenzen des konstruktivistischen Forschungsparadigmas wurde für diese Dissertation eine *longitudinale Einzelfallstudie als Forschungsdesign* gewählt.

6.2.1 Longitudinale Einzelfallstudie als Forschungsdesign

Unter einem *Forschungsdesign bzw. Research Design* versteht Yin (2003: 20) «a logical sequence that connects the empirical data to a study`s initial research question and, ultimately, to its conclusions.» Ein Forschungsdesign ist eine *Strategie*, wie methodisch vorzugehen und empirisches Material zu sammeln und auszuwerten ist. Die *qualitative Einzelfallstudie* ist eine solche Forschungsstrategie. Laut Kromrey (1986: 320) werden bei «Fallstudien […] besonders interessante Fälle hinsichtlich möglichst vieler Dimensionen und zumeist über einen längeren Zeitraum hinweg beobachtet, […] beschrieben und analysiert.» Es wird der Versuch unternommen, ein *ganzheitliches Bild eines sozialen Phänomens* zu zeichnen und dabei möglichst *alle relevanten Aspekte und Facetten eines Untersuchungsobjekts* zu erfassen (Eisenhardt 1989). Dabei werden nicht hoch-aggregierte Daten produziert, vielmehr steht die *Einzigartigkeit eines Falles im Zentrum* der Betrachtung (Lamnek 1995: 16). Einzelfallstudien des qualitativen Paradigmas streben eine *wissenschaftliche Rekonstruktion von Handlungsmustern* auf der Grundlage realer Herausforderungen durch ein kontrolliertes Fremdverstehen an (Lamnek 1995: 16). Es geht somit um das «Auffinden und Herausarbeiten typischer Vorgänge» (Fuchs-Heinritz, Lautmann et al. 1978: 181). Mit diesem Forschungsdesign wird es möglich, zeitliche Entwicklungen in einem natürlichen Kontext zu analysieren (Eisenhardt 1989). Zudem haben Fallstudien oftmals eine *illustrierende Funktion*, da authentisches Material für die Verdeutlichung und Plausibilisierung von Erkenntnissen verwendet wird (Lamnek 1995: 15). Die im Rahmen von Einzelfallstudien generierten Resultate können daher als *Informationsgrundlage für eine kritische Selbstbeobachtung* genutzt werden. Die Durchführung von qualitativen Einzelfallstudien bietet sich vor allem dann an, wenn ein *Themengebiet explorativ zu erschliessen* ist und wenn «Wie»- und «Warum»-Fragen gestellt werden. Das gewählte Forschungsdesign eignet sich daher gut, um die hergeleitete Forschungsfrage zu problematisieren und dabei sowohl den spezifischen Kontext als auch die prozessuale Dimension des zu analysierenden sozialen Phänomens einzufangen.

Qualitative Einzelfallstudien haben aber auch ihre Limitationen. Da sie sich auf die detaillierte Beschreibung *eines* Falles stützen, sind die *Resultate beschränkt generalisierbar* und nicht immer auf andere Kontexte übertragbar (Dubois & Gadde 2002: 554; Flick 2007: 178). Diese Einschränkung in der Methodik in Kauf nehmend, versucht die Arbeit nichtsdestotrotz die Beobachtungen des Einzelfalls so weit wie möglich zu generalisieren und *allgemeingültige theoretische Erkenntnisse und Konsequenzen* für pluralistische Expertenorganisationen abzuleiten (siehe Teil E). Darüber hinaus ist es bei qualitativen Fallstudien schwieriger, das empirische Material offenzulegen. Statistische Datensätze können einfacher anonymisiert und in einer Scientific Community geteilt werden als persönliche Feldnotizen und detaillierte, kontextspezifische Beschreibungen auf der Ebene von Individualdaten. Umso wichtiger ist es, das *eigene Vorgehen transparent zu machen* und den Forschungsprozess und die Resultate durch den Forschungspartner regelmässig zu validieren. In der vorliegenden Einzelfallstudie wurde dies mit regelmässigen Reflexionsworkshops sowie Gesprächen mit den Interviewpartner versucht. In der Literatur wird die hohe Sensibilität für den sozialen Kontext, vor dessen Hintergrund Phänomene erklärt werden, durchaus kritisch gesehen, denn dies kann *zu schwer reproduzierbaren Resultaten* führen (Dubois & Gadde 2002: 554). Auch stehen Einzelfallstudien oftmals im Verdacht, detaillierte Beschreibungen zu präsentieren, ohne dabei eigentliche theoretische Modelle und Erkenntnisse zu generieren (Weick 1979: 38). Dieser Kritikpunkt wurde in dieser Arbeit entschärft, indem *Beschreibung und Interpretation* grösstenteils getrennt wurden: Zunächst wurden einzelne Sequenzen eines Entwicklungsprozesses beschrieben, und erst in einem anschliessenden und separaten Abschnitt wurden theoretische Interpretationsansätze angeboten (siehe z.B. Kapitel 8.1.1). Da bei qualitativen und longitudinalen Einzelfallstudien oftmals *grosse Datenmenge erhoben* werden, ist die Reduktion dieser Daten und die Verdichtung auf idealtypische Muster eine weitere, grosse Herausforderung (Langley 1999: 693). Bei diesem Forschungsdesign gibt es unterschiedliche Wege, wie bei der Datenerhebung und Datenauswertung methodisch vorgegangen werden kann. Zwar gibt es methodische Empfehlungen, etablierte Formen der Präsentation des empirischen Materials und allgemein anerkannte Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Die konkrete Umsetzung und Anwendung dieser Methoden kann aber sehr unterschiedlich erfolgen: «Process data are messy. Making sense of them is a constant challenge.» (Langley 1999: 691). Es gibt in der qualitativen Sozialforschung keine standardisierte Art und Weise, wie von Einzelfallstudien theoretische Erkenntnisse abgeleitet werden können (Langley 1999). Letztendlich ist jeder Forschungsprozess *ein kreativer und von der eigenen Intuition*

angeleiteter Schaffensprozess. Dazu Langley (1999: 691) treffend: «[…] no analysis strategy will produce theory without an uncodifiable creative leap, however small.»

Bei dieser qualitativen Einzelfallstudie wurde eine Organisationseinheit über den Zeitraum von 2014 bis 2020[10] hinweg begleitet. Um eine möglichst reichhaltige Beschreibung und ein tiefes Verständnis der empirischen Problemstellung zu erarbeiten, wurden *verschiedene Datenerhebungsverfahren* wie Interviews, teilnehmende Beobachtungen, Dokumentenanalyse und Reflexionsworkshops durchgeführt (siehe Kapitel 6.3.1) und verschiedene Auswertungstechniken (siehe Kapitel 6.3.2) angewendet. Dabei wurde eine *explorative Herangehensweise* verfolgt: Mit möglichst wenigen theoretischen Vorannahmen wurde eine praxisrelevante Forschungsfrage entwickelt und in der Folge Datenmaterial für deren Beantwortung erhoben. Der organisationale Transformationsprozess der Notfallstation war dabei der zu analysierende Einzelfall. Die Notfallstation eignete sich besonders gut für die Analyse, da die sich entwickelnde Entscheidungs-Praxis über teilnehmende Beobachtungen und Shadowing in Echtzeit beobachtet werden konnte. Zudem konnten auch Daten über den Kontext der Notfallstation erhoben werden, um zu zeigen, wie der Aufbau der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit von der spezifischen organisationalen Einbettung der ZNS abhängig ist. Die Notfallstation kann aufgrund ihrer *starken organisationalen Vernetzung* mit dem Zentrumsspital, ihrer *Interdisziplinarität* und *Interprofessionalität* als «Extrembeispiel» (Yin 2009: 47) angesehen werden. Der Aufbau einer eigenen Entscheidungs-Praxis ist hier besonders anspruchsvoll und fragil, für eine gelingende Kernwertschöpfung des Notfalls aber eine zentrale Notwendigkeit. Da die Kernwertschöpfung des Notfalls durch schnelles, kollektives Entscheiden unter hoher Unsicherheit gekennzeichnet ist, sind kollektiv anerkannte Formen der Entscheidungsfindung besonders wichtig. Zudem konnte im Verlauf der gemeinsamen Forschungspartnerschaft ein *stabiles Vertrauensverhältnis* mit den Mitarbeitenden, insbesondere mit dem Management-Team der ZNS aufgebaut werden. Dadurch wurde es möglich, praxisrelevante Daten zu generieren, die ein «realistisches» Bild der Entwicklungen des Notfalls ermöglichen und die Forschungsfrage dieser Dissertation beantworten können. Aus diesen Gründen war dieser Beobachtungsgegenstand für die Analyse und die Durchführung einer anwendungsorientierten, qualitativen Einzelfallstudie geeignet. Die Form dieser Fallstudie kann nach Yin (2009: 46–47) als

[10] Die Daten dieser Dissertation stammen aus einer gemeinsamen Begleitstudie, die im Sommer 2014 startete und noch immer weitergeführt wird. Die für die empirische Analyse berücksichtigten Daten stammen aus dem Zeitraum von Juli 2014 bis Februar 2020. Die Autorin war ab August 2018 bis Februar 2020 aktiv in der Feldforschung beteiligt.

«single case (embedded) design» beschrieben werden, wobei aufgrund der Forschungsfrage Entscheidungs-Praktiken als Unit of Analysis definiert wurden.

6.2.2 Definition der Unit of Analysis

Der Veränderungsprozess der Notfallstation und der Aufbau einer eigenen Entscheidungs-Praxis über die Gestaltung von Grenzen bildet den zentralen Untersuchungs- und Beobachtungsgegenstand dieser Einzelfallstudie. Aufgrund der Forschungsfrage sowie der theoretischen Analysebrille bilden innerhalb dieser Entwicklung *konkrete Entscheidungs-Praktiken* die sogenannten «embedded» Units of Analysis (Yin 2009: 446–447). Was in dieser Arbeit unter Entscheidungs-Praktiken verstanden wird, ist im Kapitel 3 beschrieben. Die konkreten Entscheidungs-Praktiken, die im empirischen Teil untersucht werden, sind unter anderem die medizinische Team-Evaluation, die Triage, die Patientenaufnahme sowie eine Form des interdisziplinären Informationsaustausches, die vom Praxispartner als «Koordinationsupdate» bezeichnet wird. Die Erarbeitung und dynamische Stabilisierung dieser Entscheidungs-Praktiken führten zum Aufbau einer organisationalen Entscheidungsfähigkeit der Notfallstation. Ob eine Organisation handlungs- und entscheidungsfähig ist, kann durch eine Forscherin nur indirekt beobachtet werden. Wenn es einer Organisation gelingt, kollektiv akzeptierte Formen der Entscheidungs-Praktiken aufzubauen und einen adäquaten Umgang mit Komplexität gefunden wird, ist sie handlungs- und entscheidungsfähig. Deshalb sind hier *konkrete Entscheidungs-Praktiken*, ihr Aufbau und ihre dynamische Stabilisierung über die Zeit die zentralen Units of Analysis. In dieser Dissertation wird das theoretische Argument gemacht, dass der Aufbau einer Entscheidungs-Praxis auf Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen angewiesen ist, diese Grenzen aber erst durch Entscheidungs-Praktiken entstehen. Der Aufbau von Entscheidungs-Praktiken und der Aufbau von Grenzen bedingen sich wechselseitig, und Grenzen werden laufend über Entscheidungs-Praktiken verfertigt. Neben einzelnen Entscheidungs-Praktiken fokussiert die empirische Analyse somit immer auch auf die im Kapitel 5.10 hergeleiteten *Bezugspunkte von Grenzziehungsprozessen* (Umgang mit Informationen, Entscheidungsprämissen und Entscheidungs-Praxis, interne Ausdifferenzierung und Mitgliedschaftsrollen). Die zentralen Units of Analysis sind zwar Entscheidungs-Praktiken, gleichzeitig kann über die Analyse von Entscheidungs-Praktiken immer auch mitbeobachtet und analysiert werden, wie Grenzen selektiv geöffnet oder geschlossen und laufend kommunikativ verfertigt werden.

In der Analyse ist zu berücksichtigen, dass der Aufbau von Entscheidungs-Praktiken *im Kontext der Entwicklungen des Zentrumsspitals* zu deuten ist. Gerade aufgrund der starken Vernetzung der ZNS und ihrer Drehscheibenfunktion innerhalb des Zentrumsspitals ist der

Aufbau von Entscheidungs-Praktiken stark *vom organisationalen Kontext der ZNS* abhängig. Die hier analysierten Entscheidungs-Praktiken sind interdisziplinäre und interprofessionelle Leistungen und finden sowohl innerhalb des Kontextes der ZNS als auch innerhalb des Zentrumsspitals statt. Zu zeigen, wie unter diesen Bedingungen eine eigene Entscheidungsfähigkeit aufgebaut werden kann und welche Bedeutung dabei Prozesse der Gestaltung von Grenzen spielen, ist das Ziel dieser Dissertation. Diese Überlegungen zeigen auch, dass die Definition eines empirischen Settings und konkreter Units of Analysis selbst eine Konstruktionsleistung aus einer bestimmten theoretischen Perspektive ist: «Even a field "setting" is not a "pre-given natural entity" but is something that is constructed» (Yin 2011: 12). Das Researchdesign und die «embedded» Units of Analysis werden in der untenstehenden Abbildung 1 dargestellt.

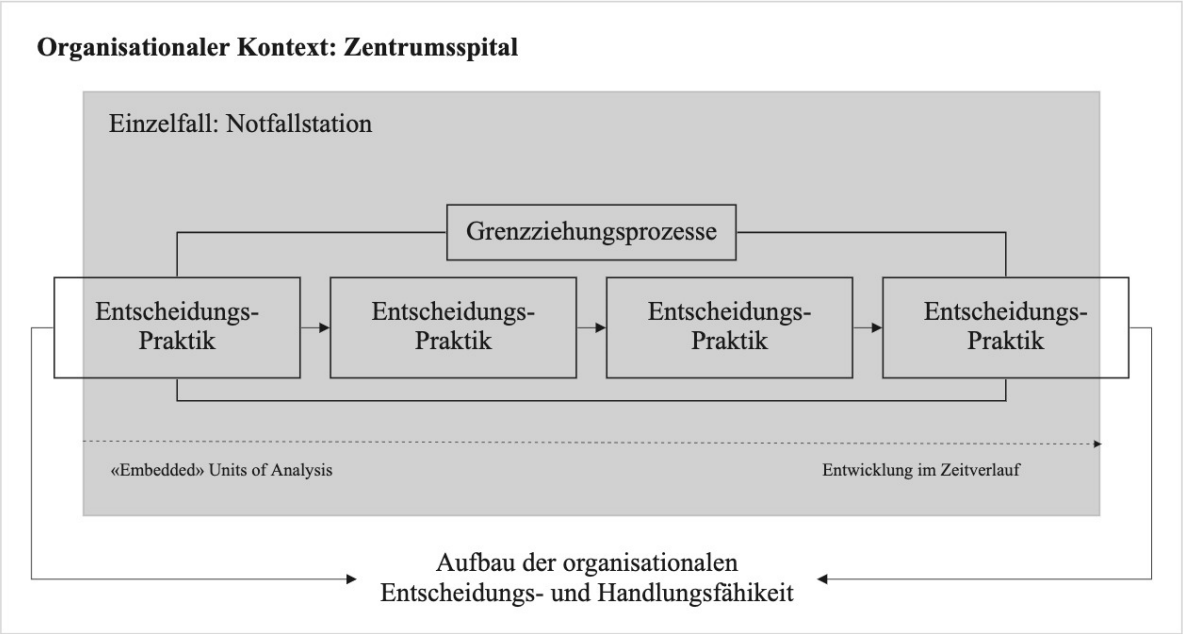

Abbildung 1: Research Design und Unit of Analysis in Anlehnung an Yin (2003)

Die Beobachtung von Entscheidungs-Praktiken und Grenzziehungsprozessen in einem empirischen Setting sind aus verschiedenen Gründen methodisch problematisch: Aufgrund der räumlichen und zeitlichen Verteiltheit von Entscheidungsprozessen ist es kaum möglich, sie in ihrem organisationalen Vollzug vollständig zu erfassen und ganzheitlich zu beschreiben. Ein Forscher kann *nur an einem Ort* sein, Entscheidungs-Praktiken und Grenzziehungsprozesse erfolgen aber an verschiedenen Orten und Zeitpunkten gleichzeitig und kommen dank der Beteiligung verschiedener Personen zustande. Dies führt dazu, dass *Echtzeitdaten ex post mit weiteren Informationen ergänzt* werden müssen, um Entscheidungsprozesse rekonstruieren zu können. Weil Entscheidungs-Praktiken aus

einem komplexen Zusammenspiel aus sprachlichen Aussagen, körperlichen Handlungen sowie dem Gebrauch verschiedener Objekte bestehen und mit zahlreichen vor- und nachgelagerten Praktiken verbunden sind, ist nicht immer klar, wo eine Entscheidungs-Praxis beginnt und wo sie endet. Weil Praktiken in einen organisationalen Kontext eingebunden sind, kann die konkrete Unit of Analysis nur schwer abgegrenzt und eindeutig bestimmt werden:

> «Any researcher who has collected qualitative process data in organizations has seen how difficult it is to isolate units of analysis in an unambiguous way. For example, what should or should not be included in the definition of a decision-making process?» (Langley 1999: 692).

Letztendlich ist die Frage, wo eine Entscheidungs-Praktik oder Prozesse der Bearbeitung von Grenzen beginnen oder aufhören, eine empirische Frage und kann nicht theoretisch-konzeptionell, sondern nur *am spezifischen Datenmaterial* geklärt werden. Die Rekonstruktion von Entscheidungs-Praktiken ist auch deshalb anspruchsvoll, weil sie nicht selten «chaotisch» ablaufen und von beteiligten Personen unterschiedlich wahrgenommen werden. Bei der Analyse von Entscheidungsprozessen ist oftmals unklar, wann und wo überhaupt Entscheidungen zustande kommen.

Um diesen methodischen Herausforderungen begegnen zu können, wird in der vorliegenden Arbeit versucht, Entscheidungs-Praktiken und Grenzziehungsprozesse sowohl *im Detail* als auch *in ihrem spezifischen organisationalen Kontext* zu untersuchen. Zudem wird der Untersuchungsgegenstand mit *reichhaltigem empirischen Material* und über *einen längeren Zeitraum* analysiert, damit «typische Vorgänge» (Fuchs-Heinritz, Lautmann et al. 1978, S. 181) und «Gesetzmässigkeiten» (Simon 1993: 39) identifiziert werden können. Für die Analyse von Entscheidungs-Praktiken bedarf es somit der Verschränkung unterschiedlicher Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden. Im nächsten Kapitel werden die verwendeten Analysemethoden sowie der durchlaufene Forschungsprozess dargestellt.

6.3 Präsentation des Forschungsprozesses

Man könnte annehmen, dass zu Beginn einer Forschung eine konkrete Forschungsfrage oder eine zu überprüfende Hypothese steht. Die hier thematisierte Forschungsfrage entstand aber erst im Laufe des Forschungsprozesses. Durch eine erste, oberflächliche Analyse erhobener empirischer Daten, inspiriert durch wissenschaftliche Literatur und durch Gespräche mit dem Forschungspartner und dem Forschungsteam, kristallisierte sich eine

relevante Problemstellung heraus. Es wäre auch denkbar gewesen, mit dem vorliegenden empirischen Datenmaterial *eine andere Forschungsfrage zu beantworten.* Würde man den Datensatz mit einer anderen Theoriebrille analysieren, rücken neue Phänomene und Deutungsansätze in den Vordergrund. Die hier präsentierte Sichtweise auf den organisationalen Entwicklungsprozess der Notfallstation ist somit nur *eine von mehreren möglichen Erklärungsversuchen*.

Dies zeigt, dass empirische Organisationsforschung eine *anspruchsvolle Kreations- und Konstruktionsleistung* ist. Nicht nur der Forschungsgegenstand ist prozessual aufzufassen, sondern auch die Forschungsaktivitäten selbst (Lamnek 1995: 62): Es müssen Forschungsfragen vor dem Hintergrund relevanter Literaturdiskurse kreiert werden, in der Empirie vorliegende Herausforderungen identifiziert und anerkennt und gleichzeitig passende theoretische Analysebrillen entwickelt werden. Dieser Kreations- und Lernprozess ist kein linearer und vollständig kontrollierbarer, sondern ein *iterativer Prozess voller Überraschungen* (Yin 2009). Überraschungen können sich hinsichtlich Entwicklungen im Forschungsfeld, konkreter empirischer Resultate oder der Beschäftigung mit wissenschaftlicher Literatur ergeben. Rüegg-Stürm (2002: 22) beschreibt den Forschungsprozess als «explorativer, iterativer und interpretativer Lernprozess». In diesem Lernprozess sind die Phasen der Datenerhebung, Datenauswertung und die Entwicklung theoretischer Erklärungsansätze schwer zu trennen (Tuckermann 2013a: 77). Obwohl ein Forschungsbeitrag letztendlich als «fertig» präsentiert wird, kam dieser durch einen iterativen Prozess voller Irrungen und Revisionen zustande (Luhmann 2005a: 317). Darin liegt aber auch der Vorteil qualitativer Sozialforschung, denn durch diesen flexiblen Lernprozess und dem «Hin und Her» zwischen verschiedenen Forschungsaktivitäten können sowohl wichtige theoretische Erkenntnisse generiert als auch ein empirisches Phänomen in der Tiefe verstanden werden:

> « […] the researcher, by constantly going 'back and forth' from one type of research activity to another and between empirical observations and theory, is able to expand his understanding of both theory and empirical phenomena. The preliminary analytical framework consists of articulated 'preconceptions'. Over time, it is developed according to what is discovered through the empirical fieldwork, as well as through analysis and interpretation. This stems from the fact that theory cannot be understood without empirical observation and vice versa» (Dubois & Gadde 2002: 555).

In Anlehnung an Yin (2009) und Rüegg-Stürm (2002) bestand der im Rahmen dieser Dissertation durchlaufene Forschungsprozess aus fünf «Arbeitsfeldern» bzw. Forschungsaktivitäten, die in der untenstehenden Abbildung 2 dargestellt werden.

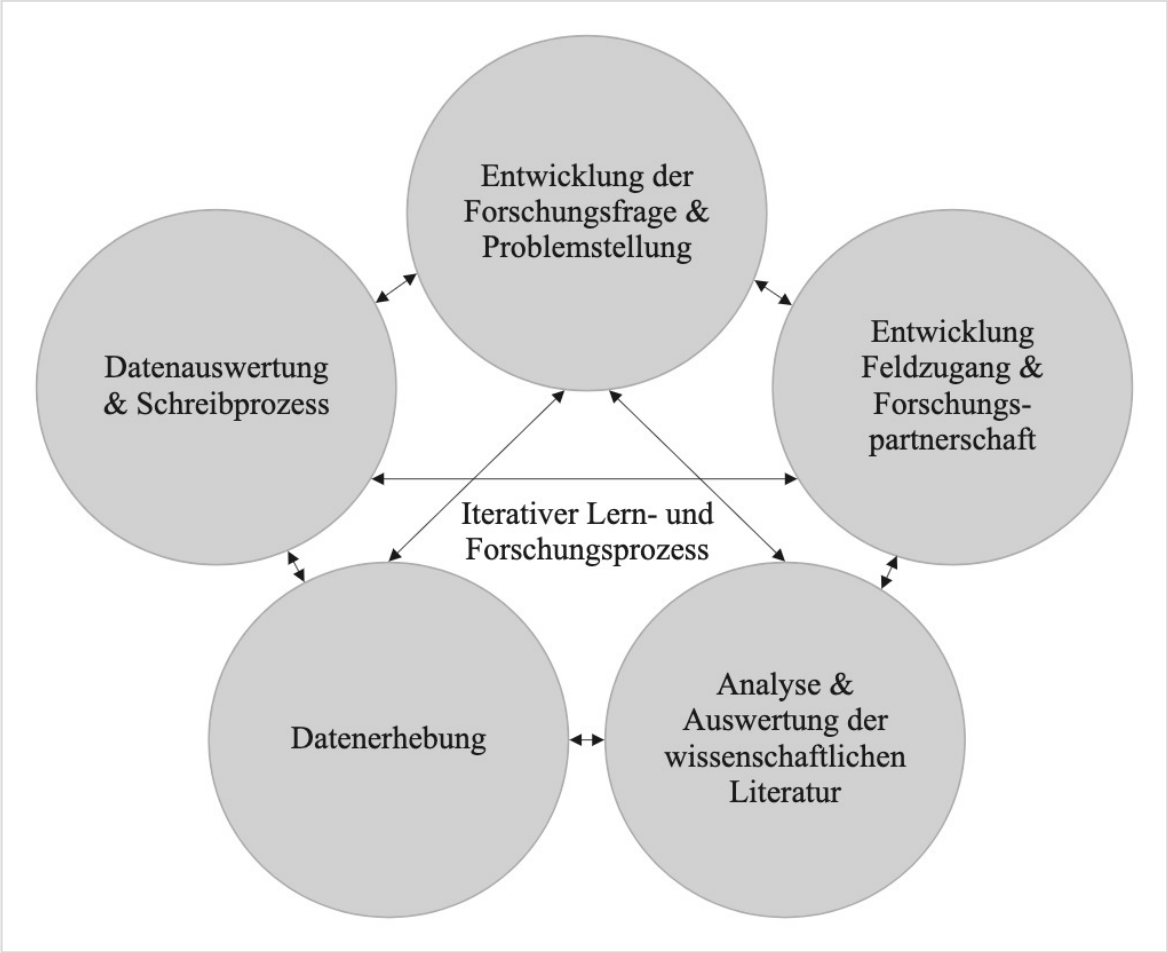

Abbildung 2: Der iterative Lern- und Forschungsprozess

Die Durchführung der vorliegenden Studie startete im August 2017 und endete für die Autorin im September 2020. Der dabei durchlaufene Forschungsprozess zeichnete sich durch ein iteratives Arbeiten in den Arbeitsfeldern «Entwicklung der Forschungsfrage & Problemstellung», «Entwicklung des Feldzuganges & Forschungspartnerschaft», «Analyse & Auswertung der wissenschaftlichen Literatur», «Datenerhebung» und «Datenauswertung & Schreibprozess» aus. Wie bereits oben erwähnt, können diese fünf Forschungsaktivitäten nicht losgelöst betrachtet werden und sind stark voneinander abhängig. Wird beispielsweise die Forschungsfrage aufgrund von neuen Erkenntnissen der wissenschaftlichen Literatur angepasst, so muss in Rücksprache mit dem Forschungspartner der Feldzugang allenfalls erweitert und neue Daten erhoben werden, damit die veränderte Fragestellung auch

tatsächlich beantwortet werden kann. Obwohl eine Forscherin fast immer parallel unterschiedliche Forschungsaktivitäten vorantreibt, so sind in gewissen zeitlichen Phasen doch einige dominanter und andere treten stärker in den Hintergrund. Wie der Forschungsprozess dieser Dissertation als iterativer Lernprozess konkret erfolgte, wird nachfolgend und anhand von drei Phasen beschrieben.

Phase 1: Explorative Phase (August 2017 – Dezember 2018)

Um eine *anwendungsorientierte Arbeit* schreiben zu können, startete der Forschungsprozess mit einer Auseinandersetzung der empirischen Problemlage und der im Feld vorbefindlichen Management-Herausforderungen. Dabei konnte sich die Autorin auf einen bereits erhobenen qualitativen Datensatz stützen, der von ihrem Forschungsteam seit Sommer 2014 laufend erhoben wurde. Auch bestanden bereits stabile Beziehungen zu Entscheidungsträgern der Notfallstation und eine produktive Forschungspartnerschaft mit dem Zentrumsspital, die es weiter auszubauen galt. In dieser ersten Phase wurde *Datenmaterial explorativ erhoben* sowie *Kontextinformationen über die Fallstudie* generiert. Die Forschungsfrage war noch nicht ausgearbeitet. Vielmehr bestand ein genuines Interesse an der Funktionsweise und dem räumlich und zeitlich verteilt stattfindenden organisationalen Arbeitsalltag der Notfallstation. Es interessierten zunächst die Fragen, was Management in diesem spezifischen organisationalen Kontext überhaupt bedeutet, welches die Erfolgsvoraussetzungen für das Betreiben einer Notfallstation sind und welche konkreten Herausforderungen sich für das Management-Team und Mitarbeitende im Arbeitsalltag stellen. Es wurde nach einem konkreten empirischen «Puzzle», einer in der Folge zu beantwortenden «Kernherausforderung» gesucht. Neben der *Sichtung des bestehenden Datensatzes* wurden explorativ neue Daten erhoben. Über Shadowing und teilnehmende Beobachtungen von Sitzungen wurde das organisationale Geschehen, sowohl innerhalb als auch ausserhalb der Notfallstation (z.B. in der Inneren Medizin, Radiologie, Intensivstation etc.) dokumentiert. In dieser Phase dominierten beim Forschungspartner *Diskussionen über Lean Management*, da im Sommer 2013 eine spitalweite Entwicklungsinitiative lanciert wurde (siehe dazu ausführlicher Gutzan & Tuckermann 2019; sowie Gutzan, Tuckermann et al. 2018). Aufgrund dieser Vorgeschichte der Notfallstation beschäftigte sich die Autorin dieser Dissertation zuerst mit Literatur im Bereich Management-Innovation (Birkinshaw, Hamel et al. 2008; Birkinshaw & Mol 2006; Hamel 2006) sowie mit Praxistheorien (Hui, Schatzki et al. 2017; Nicolini 2012; Nicolini, Gherardi et al. 2003; Schatzki, Knorr-Cetina et al. 2000). Es interessierte, wie über Lean die eigene Management-Praxis in den Blick genommen und innoviert werden konnte. Im weiteren Verlauf der aktiven Feldforschung wurde festgestellt, dass Projekte und

Diskussionen zur Lean-Initiative zunehmend in den Hintergrund gerieten. Ende Dezember 2018 wurde vielmehr die empirische Frage relevant, wie *das Tagesgeschehen auf dem Notfall stabilisiert werden kann* und wie erarbeitete Entscheidungs-Praktiken, wie z.B. das Koordinationsupdate oder die Triage stärker im Arbeitsalltag integriert werden können. Obwohl die Forschungsfrage noch unklar blieb, zeichnete sich langsam eine empirische Problemlage ab, die das Management-Team intensiv zu beschäftigen schien: Wie kann es im spezifischen organisationalen Kontext der ZNS und zwischen Mitarbeitenden unterschiedlicher Organisationseinheiten und Berufsgruppen zu *stabilen Formen der Wertschöpfung* kommen? Wie kann das Tagesgeschehen der Notfallstation trotz steigendem Patientenaufkommen stabilisiert und Arbeitsabläufe und Praktiken kollektiviert werden? Neben der *laufenden Konkretisierung der Forschungsfrage* war diese erste explorative Phase vom Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Forscherin und Forschungspartner sowie von ersten Feldforschungsaktivitäten geprägt. Erhobene Daten wurden laufend im Forschungsteam und mit dem Forschungspartner diskutiert.

Phase 2: Ethnografische Phase (Januar 2018 – Februar 2020)

Auf die explorative Phase folgte im Zeitraum Januar 2018 bis Februar 2020 eine intensive Phase der *ethnografischen Feldarbeit*. In dieser zweiten Phase lag der Arbeitsfokus auf der Datenerhebung und der parallel dazu stattfindenden Dateninterpretation. Eindrücke, Analyseideen und Unklarheiten wurden in einem *Forschungstagebuch* festgehalten (Flick 2007: 377). Aufgrund dieser Datenerhebung schärfte sich der Forschungsfokus immer mehr: In Gesprächen mit dem Management-Team stellte sich heraus, dass es aufgrund des organisationalen Kontextes, der starken Vernetzung der ZNS mit dem Zentrumsspital und dem rotierenden Personal besonders anspruchsvoll ist, *stabile und kollektiv akzeptierte Praktiken und Entscheidungsprozesse* (z.B. Triage, Fast-Track Behandlung oder Schockraum-Konzept) auf dem Notfall zu etablieren. Die Mitarbeitenden hatten den Eindruck, dass das Alltagsgeschehen der ZNS oftmals durch *Eingriffe von angrenzenden Organisationseinheiten* destabilisiert wurde. Auch die organisationale Einbettung der ZNS in das Zentrumsspital wurde von Mitarbeitenden und vom Management-Team immer wieder problematisiert und kritisiert. So wurde z.B. in einem Reflexionsworkshop festgestellt, dass es der ZNS an «Organisationsgrenzen gegen aussen» fehle und sich der Behandlungsprozess deshalb nicht stabilisieren lässt (RW-2). Aufgrund dieser empirischen Problemstellung fokussierte die nachgelagerte Datenerhebung und -auswertung auf die Frage, wie im spezifischen Kontext der ZNS Entscheidungs-Praktiken etabliert und aufrechterhalten werden können. Was begünstigt oder verhindert die Stabilisierung von kollektiven Entscheidungs-Praktiken unter diesen extremen Bedingungen? Welche

Interventionsmöglichkeiten haben Management-Verantwortliche in einem System mit scheinbar unklaren Systemgrenzen und rotierendem Personal? In der Folge wurde der Aufbau von neuen Praktiken systematisch beobachtet und analysiert, wie z.B. die Entstehung des Koordinationsupdates oder der Weiterentwicklung des Triageprozesses. Parallel dazu wurde *nach neuen Literaturdiskussionen gesucht*, mithilfe derer diese Problemlage thematisiert werden kann. Zuerst schien es, als ob die Debatte um «boundary work» (Bucher, Chreim et al. 2016; Chreim, Langley et al. 2013; Comeau-Vallée & Langley 2020; Gieryn 1983; Kellogg, Orlikowski et al. 2006; Langley, Lindberg et al. 2019; Quick & Feldman 2014; Zietsma & Lawrence 2010) ein spannender Ausgangspunkt sei. In dieser Debatte wird diskutiert, wie es über organisationale und berufsgruppenspezifische Grenzen hinweg zu Kollaboration und gemeinsamen Arbeitsroutinen kommen kann. Die Auseinandersetzung mit der Debatte schärfte das wissenschaftliche Interesse an der *Thematik der Organisationsgrenzen*: Wie lassen sich Organisationsgrenzen konzeptionell überhaupt fassen und welche Bedeutung haben Grenzen für die Entwicklung von Praktiken? Aufgrund des veränderten Analysefokus wurden in der Folge nicht nur die Entwicklung konkreter Entscheidungs-Praktiken innerhalb der ZNS verfolgt und dokumentiert. Es interessierte nun auch, wie Behandlungsprozesse über Organisationseinheiten hinaus etabliert werden können und wie die ZNS nach und nach Systemgrenzen aufbauen konnte. Daher wurde z.B. im Sommer 2019 der Aufbau der hausärztlichen Notfallpraxis und die damit einhergehenden Veränderungen auf die Entscheidungsprozesse der ZNS analysiert.

Ende 2019 wurden alle erhobenen Daten in das qualitative Auswertungsprogramm Atlas.ti eingepflegt, und neue Daten wurden kontinuierlich ergänzt. Es wurde versucht, das Datenmaterial zu verdichten, idealtypische Muster bei der Erarbeitung von Entscheidungs-Praktiken zu identifizieren und dabei den Einfluss des organisationalen Kontextes zu berücksichtigen. Aufgrund der Grösse des Datenkorpus und dem damit einhergehenden Gefühl der «theoretischen Sättigung» (Glaser 1978) wurde die Feldforschung im Februar 2020 mit einem abschliessenden Feedbackgespräch mit dem Management-Team der ZNS beendet. Grundsätzlich ist der *Beginn und das Ende der Feldforschung eine künstliche Setzung,* denn explorative Forschung ist nicht auf ein konkretes Ziel ausgerichtet (Tuckermann 2013a: 59). Die Beendigung der Feldarbeit im Februar 2020 hat sich allerdings im Nachhinein bewährt. Kurz darauf entstanden aufgrund der ausgebrochenen Corona-Pandemie neuartige Herausforderungen für die Notfallstation, die nicht mehr Teil der hier vorliegenden Analyse sind.

Diese zweite Phase war von einem *Wechselspiel zwischen Datenerhebung und -auswertung* geprägt und war ein kollektiver Effort des Forschungsteams und des Forschungspartners. Im Rahmen der Datenerhebung wurden Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse in ihrem Detail untersucht, durch die nachgelagerte Datenauswertung wurde wiederum Distanz von Datenmaterial geschaffen, Zusammenhänge zwischen Entwicklungen konstruiert und Beobachtungen mit theoretischen Perspektiven verbunden. Der Forschungspartner wurde über den Verlauf des Forschungsprozesses informiert, sodass der Feldzugang auf den geschärften Analysefokus angepasst werden konnte.

Phase 3: Analyse- und Schreibphase (Februar 2020 – Januar 2021)

Der Schwerpunkt der dritten Phase lag auf der finalen Auswertung, der Schärfung des theoretischen Fokus und der Schreiphase. Nach Beendigung der aktiven Feldforschung wurden die Daten systematisch ausgewertet. Alle Dokumente wurden mithilfe von Atlas.ti kodiert und die wichtigsten Zitate, Aussagen und Ereignisse chronologisch und nach Themengebieten in einer Excel-Liste gesammelt. Diese Auswertungen und die vertiefte Auseinandersetzung mit der Debatte um «boundary work» machten deutlich, dass eine *andere theoretische Perspektive für die Erklärung der Problemlage* aufgebaut werden muss: Die Schärfung von theoretischen Begriffen wie «Grenzen» und «Praktiken» zeigten, dass in *der neueren Systemtheorie von Niklas Luhmann* (2002, 2000, 1999, 1992) sowie in der *Praxistheorie* (Nicolini & Monteiro 2017; Nicolini 2012) nützliche Erklärungsansätze liegen, um den organisationalen Entwicklungsprozess der ZNS zu beschreiben. Mit dieser Theoriebrille konnte die empirische Problemlage präziser formuliert werden: Nicht nur die Etablierung von kollektiven Praktiken, sondern der Aufbau einer *organisationalen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit* war die eigentliche Problemstellung der ZNS. Dafür musste ein produktiver Umgang mit Grenzen gefunden sowie die eigenen Strukturen und Entscheidungs-Praktiken ausdifferenziert werden. Die Systemtheorie bietet im Unterschied zur Debatte um «boundary work» ein *konkretes konzeptionelles Verständnis von Grenzen* an. Mit dieser Theorieperspektive kann die *Bedeutung von Systemgrenzen für die Entwicklung einer organisationalen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit* thematisiert werden. Grenzen sind für soziale Systeme konstitutiv, und es bedarf einer dynamischen Handhabung von Grenzen, um die eigene Entscheidungsfähigkeit zu sichern und um Entscheidungs-Praktiken im Arbeitsalltag etablieren zu können. Genau diese Fragestellung konnte mit den vorliegenden Daten beantwortet werden, denn der Entwicklungsprozess der ZNS wurde durch Prozesse der Öffnung und Schliessung und der Gestaltung von Grenzen möglich. Auch zeigte sich immer klarer, dass der Begriff «Entscheidungs-Praktiken» passender ist als zuvor ins Auge gefasste Begriffe wie

«Koordinationspraktiken» oder «Kollaborationspraktiken». Das, was eine Organisation im Kern ausmacht, sind letztendlich *Entscheidungen*, das *Prozessieren von Entscheidungen* und die *Gestaltung des Entscheidungsspielraums* (Luhmann 2000, 1999). Aufgrund dieser Theorieperspektive wurde das Datenmaterial erneut gesichtet und ausgewertet. Die konkrete Unit of Analysis lag nun auf Entscheidungs-Praktiken sowie auf dem Aufbau der Entscheidungsfähigkeit der ZNS. Es wurde versucht, die theoretischen Begriffe mit Beobachtungen aus der Empirie zu verbinden und zu interpretieren. Diese letzte Phase war vor allem von einer vertieften Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Literatur, der Auswertung empirischer Daten sowie der konkreten Verschriftlichung der Fallstudie geprägt. Andere Forschungsaktivitäten wie die Feldforschung traten in den Hintergrund, um eine gewisse Distanz zum erarbeiteten Datenkorpus gewinnen zu können.

In diesem Kapitel wurde gezeigt, wie der iterative Lern- und Forschungsprozess gestaltet wurde und welche Forschungsaktivitäten in welchen Arbeitsphasen dominierten. In den nächsten zwei Kapiteln wird detaillierter auf zwei Kernbestandteile der Forschungsarbeit eingegangen: auf die Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung.

6.3.1 Methoden der Datenerhebung

Die Phase der Datengenerierung, an der die Autorin selbst beteiligt war, startete im August 2017 und endete im Februar 2020. In dieser Phase kamen die *klassischen Werkzeuge der qualitativen Feldforschung* zur Anwendung: Der Datenkorpus besteht aus semistrukturierten Leitfadeninterviews, teilnehmenden Beobachtungen, Shadowing, diversen Dokumenten und Protokollen sowie Reflexionsworkshops. Dieser vielseitige Methoden-Mix war nötig, um eine detaillierte Beschreibung eines Einzelfalles generieren und um einen sich über die Zeit entwickelnden organisationalen Prozess rekonstruieren zu können. Gleichzeitig stehen diese Methoden auch mit der im Teil B erläuterten theoretischen Analysebrille im Einklang und ermöglichen die Beschreibung von Entscheidungs-Praktiken, verstanden als räumlich und zeitlich verteilte «Sayings and Doings» (Nicolini 2009: 1400). Will man entsprechend dem konstruktivistischen Forschungsparadigma Prozesse der sozialen Wirklichkeitskonstruktion untersuchen, sind dafür feldnahe Methoden zu wählen, die es erlauben, den Arbeitsalltag von Akteuren möglichst genau zu beschreiben. Die in dieser Dissertation verwendeten Datenerhebungsmethoden werden im Folgenden vorgestellt. Dabei wird auf die *Gründe der Verwendung der jeweiligen Methoden*, auf das *gewählte Samplingverfahren* und auf das *konkrete Vorgehen in der Anwendung der Methoden* eingegangen. Abschliessend wird der Datenkorpus, auf dem die empirische Analyse basiert, zusammenfassend dargestellt.

6.3.1.1 Semistrukturierte Leitfadeninterviews

Eine der wichtigsten Erhebungsmethoden dieser Forschungsarbeit waren qualitative Interviews. Insgesamt wurden 68 geplante *semistrukturierte Leitfadeninterviews* mit Expertinnen und Experten unterschiedlicher Berufsgruppen durchgeführt. Informelle Gespräche, die im Verlauf der Feldforschung spontan entstanden sind und ebenfalls in die Datenanalyse mit eingeflossen sind, wurden in dieser Zahl nicht berücksichtigt.

Gründe für die Verwendung der Methode: Interviews können besonders gut für die deskriptive Erfassung von Events und für die Rekonstruktion organisationaler Veränderungsprozesse genutzt werden. Interviews eignen sich, um Erfahrungen, Einschätzungen sowie Deutungs- und Handlungsmuster von Befragten zu erfassen (Lamnek 1995: 64). Anders als bei standardisierten Interviews zeichnen sich semistrukturierte Leitfadeninterviews durch *offenes Fragen und einem narrativen Gesprächscharakter* aus, was gerade bei explorativen Studien von grosser Bedeutung ist, bei denen nicht die Falsifizierung oder Verifizierung von a priori definierten Hypothesen im Vordergrund steht (Lamnek 1995: 55). Die befragte Person soll zu Wort kommen, und die Forscherin agiert nach dem Prinzip der Zurückhaltung als *verständnisvolle Zuhörerin und Gesprächspartnerin* (Lamnek 1995: 64). Ziel war es, dass die Interviews einen möglichst natürlichen Gesprächsverlauf haben und den befragten Experten einen gewissen Spielraum für eigene Themenstellungen gegeben wird. So konnten auch Themenfelder exploriert werden, deren Bedeutung der Autorin nicht von Beginn an bewusst war. Mit einem im Voraus *definierten Katalog an Leitfragen* konnte allerdings eine einheitliche Struktur über die verschiedenen Interviews hinweg eingehalten werden. Die Methode der semistrukturierten Interviews hat den Vorteil, dass *flexibel auf Gesprächspartner eingegangen* und die Leitfragen je nach Berufsgruppe der befragten Person und deren Hintergrundwissen angepasst werden kann. Durch die *Offenheit und den narrativen Charakter* der Interviews, bei denen auch persönliche Erfahrungen reflektiert werden, entsteht oftmals eine Vertrautheit zwischen Interviewerin und der befragten Person. Diese Vertrautheit erleichterte den Feldzugang und die Verwendung weiterer feldnaher Methoden, wie beispielweise das anschliessende Shadowing einer interviewten Person in ihrem Arbeitsalltag. Ein weiterer Vorteil dieser Methode liegt darin, dass Beobachtungen und Erkenntnisse mit der interviewten Person plausibilisiert und reflektiert werden können. Somit wurde diese Methode nicht nur für die *Generierung von Informationen*, sondern auch für die *Überprüfung und Validierung von gemachten Beobachtungen* genutzt. Die Wahl für diese Methode hat aber auch pragmatische Gründe: Eine knappe und somit wertvolle Ressource von Healthcare Professionals ist Zeit. Semistrukturierte Interviews können

flexibel an die zur Verfügung stehenden Zeitressourcen der Befragten angepasst werden und sind weder in der Planung noch in der Durchführung besonders aufwendig, was bei Fokusgesprächen oder Feldexperimenten, bei denen mehrere Personen terminlich koordiniert werden müssen, anders ist.

Samplingverfahren: Die Definition des Sampling muss nicht starr festgelegt werden, sondern kann *im Zuge des Forschungsprozesses entwickeln* und dem Erkenntnisfokus der Forschung flexibel anpassen werden (Kergel 2018: 68). Die Entscheidung, welche Personen befragt wurden, erfolgte daher anhand einer «prozessualen Festlegung des Sampels» (Kergel 2018: 67). Im Verlauf des Forschungsprozesses wurde immer wieder die Frage gestellt, welche Personen Informationen zur Forschungsfrage liefern und weitere Impulse für den Prozess der Theoriebildung geben können (Flick 2007: 158ff). Bei den 68 durchgeführten Interviews wurde darauf geachtet, dass alle Berufsgruppen (MPAs, Pflegefachpersonen, Chirurgen, Internisten, Management-Verantwortliche, administratives Personal etc.) sowie unterschiedliche Hierarchiestufen (Unterassistenten, Assistenzärztinnen, leitende Ärzte und Chefärztinnen) im Sampling vertreten sind. Diese *Perspektivenvielfalt und Heterogenität von Meinungen* war für die Rekonstruktion von räumlich und zeitlich stattfindenden Praktiken von grosser Bedeutung, erschwert aber gleichzeitig auch den Versuch der Mustererkennung und Typenbildung. Bei der Auswahl der Interviewpartner wurde berücksichtigt, dass befragte Personen den organisationalen Alltag der Notfallstation kennen und somit sowohl über vergangene, gegenwärtige als auch über künftige Entwicklungen des Notfalls Auskunft geben können. Eine Ausnahme von dieser Regel waren Interviews mit chirurgischen Assistenzärztinnen und Assistenzärzten, die teilweise erstmalig auf der Notfallstation Dienst leisteten und zu Beginn eines neuen Arbeitszyklus befragt wurden. Aufgrund von knappen zeitlichen Verfügbarkeiten war es anspruchsvoll, ausreichend ärztliches Personal im Sampling zu haben. Mit Schlüsselpersonen inklusive den Management-Verantwortlichen der ZNS wurden im Verlauf der aktiven Feldforschung mehrere Interviews durchgeführt, um organisationale Entwicklungen über die Zeit rekonstruieren zu können.

Beschreibung des konkreten Vorgehens: Die Interviews wurden entweder auf Schweizerdeutsch oder Hochdeutsch durchgeführt, mit einem Audiogerät aufgezeichnet und vollständig und wortgetreu transkribiert. Sie fanden entweder am Arbeitsplatz der Befragten oder in Büros des Forschungspartners statt, um die Künstlichkeit der Befragungssituation zu minimieren und um Kontextinformationen über den Arbeitsalltag der befragten Person zu erhalten (Lamnek 1995: 99). Das längste Interview dauerte circa zwei Stunden, das kürzeste Interview dauerte 11 Minuten. Fast alle Interviews wurden

persönlich durchgeführt, drei Interviews fanden telefonisch statt. Wenn immer möglich wurden die Interviews von zwei Personen des Forschungsteams durchgeführt. Dies ermöglichte im Nachgang eine g*emeinsame Reflexion der generierten Informationen* und die *Plausibilisierung von Erkenntnissen*. Diese gemeinsame Reflexion, eine Zusammenfassung der prägnantesten Aussagen der Befragten sowie erste Analyseideen wurden kurz nach jedem Interview in einem standardisierten Protokoll schriftlich festgehalten (siehe entsprechende Vorlage im Anhang 3). Während des Interviews führte eine Forscherin das Gespräch, der andere Interviewer war in der Rolle des aktiven Zuhörers, machte sich parallel Notizen und hakte ein, wenn das Gespräch ins Stocken geriet. Bei Interviews, die alleine durchgeführt wurden, übernahm ein Interviewer die Gesprächs- und Protokollführung gleichzeitig. Auch dann wurde im Nachgang eine Reflexion verfasst, die zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Forschungsteam besprochen wurde. Die *Teilnahme an den Interviews war freiwillig* und es gab *keine Incentivierungen*. Bei jedem Interview wurde auf die Anonymisierung der Daten sowie auf Verwendungs-zwecke hingewiesen. Die interviewten Personen hatten die Möglichkeit, die Audioaufnahme zu stoppen.

Der semistrukturierte Leitfaden folgte jeweils der gleichen Struktur, wurde aber je nach Hintergrundwissen des Interviewpartners, Gesprächsverlauf und aktuellem Forschungs-fokus angepasst. Die untenstehende Tabelle 4 zeigt den Aufbau des Leitfadens auf.

Ebene des Gesprächs	Gespräch und Fragen	Forschungsinteressen
Einleitung und Begrüssung		
Beziehungsebene	Anwesende Forscherinnen werden vorgestellt. Forschungspartnerschaft sowie Forschungsprojekte werden skizziert. Dank für Bereitschaft an Interview teilzunehmen.	Begrüssung und Dank. Orientierung schaffen.
Prozessebene	Ablauf des Interviews wird besprochen (Zeit, Aufnahme etc.). Hinweis auf Anonymisierung und Verwendungszwecke der Daten.	Orientierung schaffen. Aufzeichnung des Gesprächs und Vertraulichkeit zusichern.
Inhaltsebene	Einleitende Fragen an den Interviewpartner bzgl. biographischer Werdegang, aktuelle Position und Arbeitstätigkeiten	Kontextinformationen generieren für Einschätzung der Fragen des Hauptteils.
Hauptteil		
Inhaltsebene	Vergangenheit: Was waren besondere Veränderungen in der Vergangenheit? Wie sind diese Veränderungen zu erklären? Gegenwart: Wie sieht der aktuelle Arbeitskontext aus? Was sind aktuelle Herausforderungen und Probleme? Wie sind diese zu erklären? Zukunft: Welche Herausforderungen kommen auf die Notfallstation zu? Wie sind diese zu bewerten? Diskussion konkreter Beobachtung der Forscherin, Einschätzung und Bewertung dieser Beobachtung durch Interviewpartner.	Inhaltliche Fragen, Fokus auf Forschungsinteresse sowie Rekonstruktion von Praktiken und organisationale Veränderungsprozesse. Plausibilisierung von Daten und Analyseideen.
Zusammenfassung und Abschluss		
Inhaltsebene	Zusammenfassung des Gesprächs: Besonders beeindruckend war… Besonders interessant war… Fragen nach weiteren Kommentaren, Einschätzungen, Rückfragen seitens Interviewpartner.	Kondensierung von Eindrücken und Informationen. Neue Themenfelder explorieren.
Prozessebene	Identifikation weiterer Interviewpartner. Diskussion über Ziele der Forschung, Verwendung von Daten etc.	Erweiterung des Sampling für theoretische Sättigung.
Beziehungsebene	Dank und Verabschiedung.	

Tabelle 4: Aufbau des semistrukturierten Leitfadens

Zu Beginn der Interviews wurde versucht, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und Kontextinformationen über die befragte Person (z.B. Werdegang und aktuelles Tätigkeitsfeld) in Erfahrung zu bringen. Im Hauptteil standen inhaltliche Fragen im Vordergrund. Die Forscherin stellte dabei offene Fragen, versuchte die Verwendung von wissenschaftlichen Begriffen zu vermeiden und fragte gezielt nach Beispielen. Gegen Ende

wurden die wichtigsten Inhalte des Interviews zusammengefasst, was dazu führte, dass provisorische Beobachtungen mit dem Interviewpartner reflektiert werden konnten. Durch diese flexible Handhabung des Leitfadens wurden sowohl beim Forschungsteam als auch bei den befragten Experten *Denk- und Reflexionsprozesse angestossen*. Diese Reflexionsprozesse konnten bei späteren Interviews wiederum zum Gegenstand des Gesprächs gemacht werden.

6.3.1.2 Teilnehmende Beobachtungen

Eine weitere wichtige Datenerhebungsmethode waren *teilnehmende Beobachtungen von Sitzungen, Informationsveranstaltungen und Strategie-Workshops*. Unter der teilnehmenden Beobachtung wird dabei das Folgende verstanden:

> «research characterized by a period of intense social interaction between the researcher and the subjects, in the milieu of the latter. During this period, data are unobtrusively and systematically collected» (Bogdan & Taylor 1975: 5).

Dabei kann der Partizipationsgrad der Forscherin im beobachteten Feld unterschiedlich stark sein und zwischen einer *aktiven bis zu einer passiven Teilnahme* variieren (Lamnek 1995: 254). Insgesamt wurden 105 unterschiedliche Sitzungen und Veranstaltungen beobachtetet, protokolliert und anschliessend analysiert. Der grösste Teil davon (insgesamt 90) waren Sitzungen des Management-Teams der Notfallstation. Zudem wurden teilweise mehrtägige Strategie-Workshops (insgesamt 5) sowie weitere Informations- und Teamveranstaltungen (insgesamt 10) beobachtet.

Gründe für die Verwendung der Methode: In Interviews kann man Wissen, Einschätzungen und Erklärungsschemata in Erfahrung bringen. Diese Aussagen müssen aber nicht deckungsgleich sein mit dem *tatsächlich gezeigten Verhalten von Personen*. Für system- und praxistheoretische Studien ist es daher unabdingbar, das organisationale Alltagsgeschehen in seinem *tatsächlichen Vollzug und die Handlungen von Akteuren in ihrer natürlichen Umgebung* zu studieren (Nicolini 2009). Die Beobachtung von Sitzungen und Workshops erlaubt es, den *konkreten Arbeitsalltag* von Healthcare Professionals nachzuvollziehen sowie Prozesse der sozialen Konstituierung von Wirklichkeit zu ergründen (Lamnek 1995: 240). Mithilfe der teilnehmenden Beobachtung und der wiederholten Durchführung von Beobachtungen über einen längeren Zeitraum hinweg können organisationale Veränderungsprozesse und die zeitliche Entwicklung von Praktiken «in the making» (Weick 1995) erforscht werden. Teilnehmende Beobachtungen ermöglichen so *Einblicke in alltägliche Prozesse des Organisierens*, die über Interviews alleine nicht erfasst werden können (Czarniawska 2007). Die Beobachtung der

regelmässigen Sitzungen des Management-Teams erlaubt es, bestimmte Themen über die Zeit zu verfolgen sowie die Art und Weise, wie Entscheidungs-Praktiken weiterentwickelt und Grenzen kommunikativ aufgebaut wurden, zu erforschen.

Samplingverfahren: Ähnlich wie beim Samplingverfahren der Interviews wurde während des Forschungsprozesses und in Abhängigkeit des aktuellen Forschungsfokus fortlaufend definiert, welche Meetings und Veranstaltungen beobachtet werden (Flick 2007; Kergel 2018). Für die Beobachtung von Grenzziehungsprozessen und der Gestaltung der Entscheidungs-Praxis waren die im Zweiwochenrhythmus stattfindenden *Leitungskonferenzen* des Management-Teams besonders informativ. Alle operativen und strategisch relevanten Themen, die den Notfall betreffen, wurden im Rahmen dieser Leitungskonferenzen bearbeitet. Ein weiteres wichtiges Gefäss, um die organisationale Weiterentwicklung der Notfallstation verstehen und rekonstruieren zu können, waren die *jährlichen bzw. halbjährlich stattfindenden Strategie-Retraiten*. An diesen Retraiten wurden strategische Ziele, Entwicklungsrichtungen sowie aktuelle Herausforderungen im interdisziplinären Management-Team diskutiert und festgelegt. Das Forschungsteam konnte an allen bisher stattgefundenen Strategie-Retraite der Notfallstation teilnehmen. Abgesehenen von den Leitungskonferenzen und den Strategie-Retraiten gab es keine weiteren institutionalisierten Management-Plattformen (Rüegg-Stürm & Grand 2019), die für eine teilnehmende Beobachtung infrage gekommen wären. Um die Entwicklung von Entscheidungs-Praktiken «in the making» (Weick 1995) beobachten zu können, wurden auch Veranstaltungen wie Sitzungen von Pflegeteams, Einführungen von neuen Assistenzärzten, Schulungen, Vorträge und Präsentationen beobachtet.

Beschreibung des konkreten Vorgehens: Der *Partizipationsgrad der Teilnahme* variierte leicht. In den Sitzungen des Management-Teams hatte das Forschungsteam eine passive und zurückhaltende Rolle. Wortmeldungen und Interaktionen wurden auf das Nötigste reduziert, um keinen Einfluss auf Gesprächsthemen zu nehmen und das zeitlich dicht getaktete Meeting nicht zu stören. Wenn immer möglich wurden die Meetings zu zweit beobachtet. So konnten erstens die Erkenntnisse im Nachgang des Meetings besser plausibilisiert werden. Zweitens hatte dieses Vorgehen den Vorteil, dass Meetings oftmals *vollständig und wortgetreu protokolliert* und so die *Reichhaltigkeit kommunikativer Episoden* eingefangen werden konnte. Teilnehmende Beobachtungen wurden entlang einer standardisierten Vorlage schriftlich protokolliert. Darin wurden die Besonderheiten der Situationen, allgemeine Beobachtungen und die konkreten Wortmeldungen und Diskussionen festgehalten (siehe entsprechende Vorlage im Anhang 2). Kontextinformationen wie Stimmungen, emotionale Reaktionen oder ironisch gemeinte

Aussagen wurden ebenfalls dokumentiert. Das Beobachtungsprotokoll wurde immer gleich erfasst, um einen Vergleich über die Zeit zu erleichtern. Da bei den Sitzungen des Management-Teams teilweise vertrauliche Informationen diskutiert wurden, verzichtete das Forschungsteam auf Audio-Aufnahmen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Anwesenheit des Forschungsteams den Verlauf der Gespräche nur geringfügig beeinflusst hat. Da zwischen dem Forschungsteam und dem Management-Team eine langfristige Innovationspartnerschaft aufgebaut wurde, die auf *Vertrauen und gegenseitigem Verständnis* beruhte, war die Anwesenheit der Forscherinnen geduldet und sogar erwünscht. Die Leitungskonferenzen wurden über Jahre auf routinisierter Basis beobachtet, und so fiel weniger die Anwesenheit der Forschenden als vielmehr die punktuelle Abwesenheit eines wissenschaftlichen Begleiters auf. Auch bei anderen teilnehmenden Beobachtungen von Informations- und Schulungsveranstaltungen hatten die Forscherinnen die Rolle von *stillen und aufmerksamen Beobachterinnen*. Wann immer möglich agierten die Forscherinnen im Hintergrund und haben nicht (beabsichtigt) auf Gespräche und Interaktionen Einfluss genommen. An den *Strategie-Retraiten* waren die Begleitforscherinnen ebenfalls als interessierte Protokollführerinnen anwesend. Die Partizipation war bei diesen mehrtägigen Workshops allerdings aktiver, da der Forschungspartner nach provisorischen Beobachtungen und Einschätzungen fragte und diese Eingang in den laufenden Workshop fanden. Erkenntnisse aus spontan entstandenen Feedbackloops und informellen Gesprächen wurden in einem Forschungstagebuch erfasst und reflektiert.

6.3.1.3 Shadowing

Eine spezifische Form der teilnehmenden Beobachtung ist das *Shadowing*. Anders als bei der teilnehmenden Beobachtung eines Meetings, das meistens in einem Raum und zu einem definierten Zeitpunkt stattfindet, begleitet eine Forscherin beim Shadowing *eine Person durch ihren Arbeitsalltag* und folgt ihr wie ein «Schatten» (Czarniawska 2007: 10). Der Unterschied zwischen der teilnehmenden Beobachtung und dem Shadowing liegt vor allem darin, dass sich die Beobachtung der Forscherin nicht auf einen einzigen Ort und Zeitpunkt beschränkt, sondern *räumlich und zeitlich verteilt stattfindende Aktivitäten einer Person* beobachtet werden können (Czarniawska 2007: 11). Da das Shadowing im Prozess der Datenerhebung für einen anderen Zweck genutzt wurde als die teilnehmende Beobachtung, wird diese Form der Beobachtung hier gesondert geschildert.

Gründe für die Verwendung der Methode: Versteht man Organisationen als ein räumlich und zeitlich verteiltes Netz von Entscheidungs-Praktiken (Nicolini 2009: 1411), müssen

auch Methoden gewählt werden, die in der Lage sind, diese Komplexität des organisationalen Geschehens einzufangen. Czarniawska (2007: 16) schreibt dazu:

> «Modern organizing […] takes place in a net of fragmented, multiple contexts, through multitudes of kaleidoscopic movements. Organizing happens in many places at once, and organizers move around quickly and frequently.»

Die Beobachtung des Arbeitsalltages von Healthcare Professionals ermöglicht es, fragmentierte Prozesse und Entscheidungs-Praktiken auf einer Notfallstation zu studieren. Letztendlich erfährt man erst so, wie das organisationale Geschehen einer Notfallstation funktioniert und wie unterschiedliche Berufsgruppen im Arbeitsalltag gemeinsam Entscheidungen hervorbringen. Über die Methode des Shadowing kann zudem in Erfahrung gebracht werden, welche Bedeutung verschriftlichte Konzepte, Richtlinien und Regelwerke für Mitarbeitende haben und wie Entscheidungs-Praktiken interpretiert werden. Nicht zu unterschätzen ist der Umstand, dass über Shadowing auch *selbstverständlich gewordene Annahmen und Handlungen* beobachtet werden können, die von Mitarbeitenden nur schwer verbalisiert werden können und vor allem von einer «aussenstehenden» Beobachterin bemerkt werden (Thomas 2019: 77). Entscheidungs-Praktiken nur mithilfe von Interviews ex post zu rekonstruieren, ohne dabei auf Shadowing-Daten zurückzugreifen, ist aus der Perspektive der Praxistheorie nicht akzeptierbar (Nicolini 2012: 217–218).

Es ist zu erwähnen, dass auch über die Methode des Shadowing das organisationale Alltagsgeschehen nicht vollständig und objektiv erfasst werden kann. Auch ein mehrtägiges Shadowing ist letztendlich eine *Momentaufnahme*, ein zeitlich beschränktes Beobachtungsfenster in ein komplexes organisationales Geschehen, dessen konkreter Vollzug einer *gewissen Beliebigkeit* unterliegt. So ist es beispielsweise im Voraus unklar, welche Patienten zu welchem Zeitpunkt mit welchem körperlichen Leiden eine Notfallstation aufsuchen. Die spezifischen Bedürfnisse einzelner Patienten und das Patientenaufkommen beeinflussen aber den Arbeitsalltag von Mitarbeitenden und entscheiden darüber, welche Entscheidungs-Praktiken (z.B. Schockraum, Triage, Koordinationsupdate etc.) überhaupt von Mitarbeitenden mobilisiert werden und somit für eine Forscherin beobachtbar werden. Darüber hinaus fehlt teilweise der unmittelbare Kontext, um einzelne Handlungen oder Aussagen von Personen zu deuten, da davor oder danach stattfindende Mikro-Ereignisse, bilaterale Absprachen oder Interaktionen der Forscherin unbekannt sind. Zudem wird eine Forscherin während des Shadowing *mit einer Vielzahl an Ereignissen konfrontiert*, deren Relevanz für die eigene Forschung im

unmittelbaren Vollzug der Ereignisse nur sehr schwer abgeschätzt werden können. Trotz dieser Herausforderungen und Einschränkungen der Methode ermöglicht das Shadowing wie fast keine andere Erhebungsmethode, den konkreten Vollzug organisationaler Entscheidungs-Praktiken zu untersuchen, die soziale Welt mit den Augen des Forschungspartners wahrzunehmen und in die sogenannte «Hinterbühne» (Goffman 1959) von Organisationen einzutauchen. Gleichzeitig helfen Erkenntnisse aus dem Shadowing andere Daten, wie z.B. in Interviewaussagen, zu interpretieren.

Samplingverfahren: Bei der Auswahl des Sampling war wichtig, dass die *Perspektiven aller Berufsgruppen* berücksichtigt werden. Innerhalb einer Shadowing-Episode wurden deshalb Mitarbeitende aller Berufsgruppen über mehrere Stunden begleitet. Zudem wurde ein *Sampling nach Orten und Zeiten* durchgeführt (Friedrichs & Lüdtke 1973: 56). Die Shadowings wurden bewusst zu unterschiedlichen Wochentagen und Uhrzeiten durchgeführt. Oftmals lag der Beobachtungsfokus auch auf ausgewählten Orten innerhalb der Notfallstation. Über mehrere Stunden wurden beispielsweise alle Aktivitäten im Pflege-Stützpunkt, im Büro der chirurgischen Ärztinnen oder am Empfang beobachtet. Es wurde nicht nur die Beobachterperspektive von Mitarbeitenden, sondern auch jene von Patientinnen und Patienten eingenommen. Mehrmals wurde ein Patient von der Aufnahme der Notfallstation bis zur Entlassung bzw. Verlegung in eine nachgelagerte Bettenstation begleitet. Bei der Planung der Shadowings musste auf die zeitlichen Kapazitäten des Forschungspartners Rücksicht genommen werden. So waren Shadowings in Phasen von hohem Patientenaufkommen aufgrund von knappen Platzverhältnissen nicht möglich.

Welche Personen wann in ihrem Arbeitsalltag beobachtet wurden, entschied sich im Sinne des *theoretical sampling* (Glaser 1978) im Verlauf der Feldforschung (Thomas 2019: 58). Der Beobachtungsfokus der einzelnen Shadowing-Episoden variierte innerhalb des Datenerhebungsprozesses leicht. Zu Beginn der Feldforschung wurde das Shadowing vor allem genutzt, um den *Forschungsgegenstand zu explorieren*, den Arbeitsalltag von Healthcare Professionals kennenzulernen und die Funktionsweise der untersuchten Notfallstation insgesamt besser zu verstehen. Zu einem späteren Zeitpunkt wurde die Methode des Shadowing genutzt, um die Entstehung und Entwicklung von konkreten Entscheidungs-Praktiken beobachten zu können. So wurden ab 2017 ausgewählte Entscheidungs-Praktiken wie das Koordinationsupdate oder die Patientenanmeldung beobachtet. Im Jahr 2019 wurde via Shadowing beobachtet, wie der Patientenfluss zwischen der Notfallstation und der neu eröffneten Notfallpraxis koordiniert wird. Ende 2019 wurde über einen Zeitraum von mehreren Monaten die Einarbeitung und Sozialisierung neuer Assistenzärztinnen begleitet. Diese geplanten Shadowing-Episoden

dauerten oftmals mehrere Tage. Sie dienten nicht dem Explorieren neuer Themenfelder, sondern der Beobachtung konkreter Entscheidungs-Praktiken und deren Mobilisierung und Veränderung über die Zeit.

Beschreibung des konkreten Vorgehens: Das Shadowing erfolgte in Absprache und im Einverständnis mit dem Forschungspartner. Es wurde eine *offene Beobachtung* (Lamnek 1995: 254) durchgeführt, und die involvierten Personen wurden über den Zweck der Forschung informiert. Bei Rückfragen wurden Patienten über die Anwesenheit der Forscherin in Kenntnis gesetzt. Um Entscheidungs-Praktiken möglichst ungestört beobachten zu können und *die Natürlichkeit der sozialen Situation* nicht zu gefährden, trugen die am Shadowing beteiligten Forscherinnen jeweils Kleider der entsprechenden Berufsgruppe und begleiteten so möglichst unauffällig den Arbeitsalltag ausgewählter Mitarbeiter. Anders als bei der teilnehmenden Beobachtung wurden Shadowings oftmals von nur einer Person des Forschungsteams durchgeführt. So konnte verhindert werden, dass sich weder Patientinnen noch Mitarbeitende gestört fühlten und die knappen Platzverhältnisse nicht überstrapaziert wurden. Teilweise waren auch zwei Forscherinnen gleichzeitig auf der Notfallstation anwesend. Diese folgten dann aber zwei unterschiedlichen Personen des Behandlungsteams (oder anderen Patienten oder Räumen). In diesen Fällen fand nach Beendigung des Shadowing eine *gemeinsame Reflexion* zwischen den Forscherinnen statt.

Eine der *grössten Herausforderungen während des Shadowing* ist die parallel zur Beobachtung laufende Dokumentation. Es wurde versucht, zeitgleich zum Shadowing relevante Handlungen, verbale Äusserungen und Interaktionen der beobachteten Personen schriftlich festzuhalten. Auch Kontextinformationen wie Uhrzeit, Aufenthaltsort, die Verwendung von Artefakten wie Telefone, Computerprogrammen oder medizinischen Geräte wurden miterfasst. Danach wurden die Notizen in einem Beobachtungsprotokoll verschriftlich, ergänzt und wenn möglich im Forschungsteam besprochen (siehe entsprechende Vorlage im Anhang 2). Erste Analyseideen, sich abzeichnende Handlungsmuster oder Unsicherheiten wurden ebenfalls festgehalten. Dabei erschloss sich erst im Nachgang und in der vertieften Datenauswertung, welche der so generierten Beobachtungen für das Forschungsprojekt von Relevanz waren.

6.3.1.4 Dokumente und Protokolle

Der Datenkorpus wurde mit *Dokumenten und Protokollen* ergänzt, die der Forschungspartner selbst erstellt hat. Insgesamt wurden 163 verschiedene Dokumente in der Datenanalyse berücksichtigt. Relevant waren vor allem die Protokolle der regelmässig

stattfindenden Leitungskonferenzen des Management-Teams sowie Foto- und Beschluss-Protokolle von Workshops, Strategie-Retraiten und Informationsanlässen. Auch verschriftlichte Regelwerke, Richtlinien und das Betriebskonzept des Forschungspartners wurden gesammelt und ausgewertet. Der Datenkorpus besteht weiter aus Newsletter, Präsentationen, Schulungsunterlagen, Sitzungsagenden und weiteren internen Arbeitsdokumenten.

Gründe für die Verwendung der Methode: Auf einer Notfallstation herrscht bekanntermaßen ein 24-Stunden-Betrieb. Es wird in mehreren Schichten sowie in räumlich und zeitlich verteilten Teams gearbeitet. Mitarbeiterevents, Informationsveranstaltungen oder Weiterbildungen können daher nie von allen Mitarbeitenden gleichzeitig besucht werden, da zu jedem Zeitpunkt *eine Mindestzahl von Mitarbeitenden die Erbringung der Kernwertschöpfung* sicherstellen müssen. Entsprechend hoch ist die *Bedeutung von schriftlichen Protokollen und Dokumenten* für Mitarbeitende, um diverse Informationsasymmetrien auszugleichen. Auch im Arbeitsalltag greifen Mitarbeitende regelmässig auf schriftliche Richtlinien und Dokumente zurück, die den Behandlungsprozess schematisch festlegen. Viele Entscheidungs-Praktiken der Notfallstation werden in schriftlichen Regelwerken detailliert beschrieben und definiert. Diese Dokumente werden auch für die Einführung und Schulung von neuen Mitarbeitenden verwendet. Sie geben Auskunft über die ideale oder schematische Form einer Entscheidungs-Praktik, oder in den Worten von Feldman & Pentland (2003: 101) über die «ostensive» Seite von Praktiken. Obwohl anhand von Dokumenten keine Aussagen darüber gemacht werden können, wie sich Entscheidungs-Praktiken im organisationalen Vollzug tatsächlich realisieren, kann über die Analyse von schriftlichen Dokumenten viel über *das Selbstverständnis und Orientierungswissen einer Organisation* gelernt werden, die das Alltagsgeschehen in der einen oder anderen Weise prägen. Dabei sind Dokumente *keine objektiven Faktizitäten*. Sie sind vor ihrem Entstehungshintergrund, den Motiven ihrer Autoren sowie ihrer spezifischen Verwendung in sozialen Kontexten zu interpretieren. Sie sind *Produkte sozialer Aushandlungs- und Deutungsprozesse*, die wiederum erst in konkreten sozialen Situationen ihre Bedeutung erhalten. Aus einer praxistheoretischen Brille könnte man auch sagen, Dokumente sind ein «how to do things with words» (Austin 1972).

Die Analyse schriftlicher Dokumente und Protokolle wurde aus unterschiedlichen Gründen verwendet: Zum einen liefern sie Erkenntnisse über die schematische und idealtypische Form von Entscheidungs-Praktiken, die mit den Eindrücken aus den teilnehmenden Beobachtungen und den Shadowing-Episoden abgeglichen werden können. Zum anderen

können dank Sitzungsprotokollen, internen Arbeitsdokumenten und anderen Unterlagen *organisationale Prozesse präzise rekonstruiert werden* (Pettigrew 1990). Sie liefern zeitliche Marker und helfen, Beobachtungen aus Interviews, teilnehmenden Beobachtungen und Shadowings zu präzisieren und zu plausibilisieren.

Samplingverfahren: Die analysierten Dokumente und Protokolle wurden während des Forschungsprozesses *fortlaufend gesammelt* (Flick 2007; Kergel 2018). Teilweise erhielt das Forschungsteam die Sitzungsagenden und Protokolle automatisch durch den Mailverteiler des Forschungspartners. Andere Dokumente wurden spezifisch beim Forschungspartner angefragt. Mit der Zusicherung, die Dokumente vertraulich zu behandeln und ausschliesslich für Forschungszwecke zu verwenden, wurden dem Forschungsteam die angefragten Dokumente jeweils zugänglich gemacht.

Beschreibung des konkreten Vorgehens: Die gesammelten Dokumente wurden in einem elektronischen Ordner nach ihrem Entstehungsdatum chronologisch abgelegt. Besonders bedeutsam waren die vom Forschungspartner erstellten Sitzungsprotokolle, die genutzt wurden, um Protokolle des Forschungsteams zu ergänzen und Informationen zu überprüfen. Über diese Sitzungsprotokolle wurde zudem sichtbar, welche Bedeutung bestimmte Informationen und Entscheidungen für den Forschungspartner haben und protokolliert oder nicht protokolliert wurden. Die Analyse von Dokumenten diente hauptsächlich der Überprüfung von provisorischen Erkenntnissen sowie der Ergänzung bzw. Präzisierung von Analyseideen.

6.3.1.5 Reflexionsworkshops mit dem Forschungspartner

Im Sinne des konstruktivistischen Forschungsparadigmas können wissenschaftliche Erkenntnisse nicht gefunden werden, sondern sie entstehen in einem *kollektiven Innovation- und Kreationsprozess*. In diesem Kreationsprozess ist der Forschungspartner selbst, seine Perspektiven und Einschätzungen, von zentraler Bedeutung. Inwiefern die erarbeiteten Analysen und Beobachtungen für den Forschungspartner tatsächlich «brauchbar» oder «anschlussfähig» sind, kann nur in gemeinsamen Gesprächen und Feedbackrunden in Erfahrung gebracht werden. Aus diesem Grund wurden insgesamt 9 *Reflexionsworkshops* zusammen mit dem Forschungspartner durchgeführt. Der längste Workshop dauerte 5 Stunden und 40 Minuten, die kürzeste Feedbackrunde dauerte 45 Minuten.

Gründe für die Verwendung der Methode: Gemeinsame Reflexionsworkshops, bei denen das Forschungsteam provisorische Erkenntnisse aus der Datenanalyse zur Diskussion stellt, haben drei Vorteile: Erstens können so *Beobachtungen und Analyseideen diskutiert,*

erhärtet, präzisiert und auf ihre *Nützlichkeit und kommunikative Anschlussfähigkeit* geprüft werden (Tuckermann 2013a: 68). Zweitens können diese Workshops auch genutzt werden, um *neue und reichhaltige Daten zu generieren*. Weder mit Leitfadeninterviews noch mit einer anderen hier angewendeten qualitativen Methode ist es möglich, mit einem Management-Team ein fokussiertes und intensives Gespräch über organisationale Entwicklungen zu führen. Kollektive Bewertungen, Perspektiven und Einschätzungen zu unterschiedlichen Themenfeldern und aktuellen organisationalen Problemstellungen können so für das Forschungsteam sichtbar gemacht werden. Über die Art und Weise, wie ein Management-Team auf die Beobachtungen und Erklärungsansätze eines Forschungsteams reagiert, erfährt man wiederum viel über die Funktionslogik einer Organisation und ihrer Mitglieder (Tuckermann 2013a: 20). Drittens helfen Reflexionsworkshops ein kollektives Verständnis von analysierten Problemstellungen aufzubauen und gemeinsam voneinander zu lernen. Reflexionsworkshops liefern im Idealfall sowohl für die wissenschaftliche Forschung als auch die Praxis des Forschungspartners inspirierende Impulse.

Samplingverfahren: Zu Beginn der Forschungspartnerschaft wurde in einer gemeinsamen Erwartungsklärung definiert, dass ein kontinuierlicher Austausch zwischen Forschungsteam und Forschungspartner im Rahmen von Reflexionsworkshops stattfinden soll. Die Termine dafür wurden im Verlauf des Forschungsprozesses gemeinsam festgelegt. Es wurde dabei sichergestellt, dass die Reflexionsworkshops in *regelmässigen Abständen und im Minimum einmal im Jahr* durchgeführt werden, damit sich das Forschungsteam und der Forschungspartner regelmässig austauschen können. Meistens fanden die Workshops *nach einer intensiven Phase der Datengenerierung* statt, damit zusammen mit dem Forschungspartner neue Themen und Erkenntnisse diskutiert werden konnten.

Beschreibung des konkreten Vorgehens: Das bestehende und das neu erhobene Datenmaterial wurde dafür erneut gelesen, analysiert und zu drei bis vier Kernbeobachtungen verdichtet. Das Forschungsteam stellte eine PowerPoint-Präsentation mit den wichtigsten Beobachtungen und angereichert mit anonymisierten Originalzitaten zusammen, die während des Workshops als Diskussionsgrundlage diente. Inhaltlich wurden die Beobachtungen von den spezifischen Interessen des Forschungsteams getrieben. Es wurden *keine Handlungsempfehlungen an den Forschungspartner* abgegeben, vielmehr wurden Herausforderungen und aktuelle Themenstellungen aus der Perspektive der befragten bzw. beobachteten Mitarbeitenden dargestellt und kritisch reflektiert. Ziel war dabei, die Grenzen und Möglichkeiten für die Weiterentwicklung der organisationalen Wertschöpfung auszuloten. Das Forschungsteam hatte nicht den

Anspruch, den Forschungspartner zu evaluieren oder zu bewerten. Es ging vielmehr darum, aktuelle Herausforderungen zu verstehen und Inspirationspotenzial für die Weiterentwicklung organisationaler Prozesse zu liefern.

Bei den Reflexionsworkshops waren mehrere Personen des Forschungsteams anwesend und nahmen unterschiedliche Rollen ein: Eine oder zwei Personen waren für die Präsentation der Inhalte sowie die anschliessende Moderation zuständig. Eine weitere Person war für die Beobachtung des Workshops und die *Protokollführung* verantwortlich, sodass Gespräche möglichst wortgetreu dokumentiert werden konnten. Die anderen Mitglieder des Forschungsteams beteiligten sich an der Diskussion. Nach den Workshops fand im Forschungsteam ein kurzes inhaltliches «Debriefing» statt, bei denen neue Erkenntnisse, überraschende Aussagen oder Unklarheiten reflektiert wurden. Nachdem das Protokoll erstellt war, fand eine weitere Diskussion im Forschungsteam entlang der Themen des Beobachtungsprotokolls statt. Die Reflexionsworkshops wurden auch genutzt, um mit dem Forschungspartner die *weitere Feldarbeit zu planen* und neue Feldzugänge zu erschliessen.

Herausfordernd an dieser Methode war, dass *Reflexionsgespräche* sich in eine unerwartete Richtung entwickeln können und thematische Schwerpunkte gesetzt werden, deren Erkundung nicht beabsichtigt war. Dadurch können allerdings auch *neue Themenfelder exploriert* werden. Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass aufgrund der *Eigenlogik der Diskussion* nicht immer klar ist, ob Aussagen dem Forschungspartner oder dem Forschungsteam zuzuschreiben waren. In diesen Gesprächen kommt Wissen und wissenschaftliches Erkennen im Sinne des konstruktivistischen Forschungsparadigma durch *kollektive Deutungsprozesse* zustande, die nicht mehr auf Äusserungen einzelner Personen zurückgeführt werden konnten.

6.3.1.6 Zusammenfassender Überblick des Datenkorpus

Die Tabelle 5 fasst alle generierten Daten nach Art der Datenerhebung zusammen. Es ist zu erwähnen, dass nicht alle hier aufgeführten Daten von der Autorin selbst erhoben wurden. Der Prozess der Datengenerierung war *eine gemeinsame Leistung des beteiligten Forschungsteams*. Alle aufgeführten Daten, unabhängig davon, von wem sie erhoben wurden, sind in die Überlegungen dieser Dissertation eingeflossen. Ein detailliertes Verzeichnis der einzelnen Daten inklusive Erhebungszeitpunkt, Angaben zu Interviewpartner, thematischer Fokus beobachteter Sitzungen und weitere Informationen findet sich im Anhang 1. Die unten aufgelisteten Methoden wurden während des Forschungsprozesses jeweils parallel und nicht sequenziell verwendet.

Art der Datenerhebung	Rolle der Forscherin bzw. des Forschungsteams	Anzahl	Stunden
Semistrukturierte Leitfadeninterviews	Interviewerin, Gesprächspartnerin	68	53h 52min
Teilnehmende Beobachtungen	Beobachterin	105	--
Shadowing	Beobachterin, Gesprächspartnerin	25	Circa 132h 25min
Dokumente und Protokolle des Forschungspartners	Keine	163	--
Reflexionsworkshops	Präsentierende, Moderatorin, Beobachterin, Reflexion und Plausibilisierung von Daten	9	Circa 24h 55min

Tabelle 5: Überblick Datenkorpus

Die einzelnen Datenerhebungsmethoden haben ihre Stärken und ermöglichen jeweils *einen spezifischen Zugriff auf die soziale Realität* der untersuchten Notfallstation. Gleichzeitig haben sie natürlich auch Limitationen. Die Methoden erwiesen sich im Forschungsprozess als hilfreiche Werkzeuge, um eine soziale Realität verstehend erschliessen zu können; sie wurden aber *nicht dogmatisch und strikt nach Template* angewendet. Oftmals flossen die unterschiedlichen Techniken während der Feldforschung auch ineinander über, wenn z.B. während der teilnehmenden Beobachtungen spontan ein Interview entstand (Flick 2004). Der Versuch eine «dichte Beschreibung» (Geertz 1983) eines Einzelfalles zu generieren, geht letztendlich über die Anwendung einzelner Erhebungsmethoden und ihrer Triangulation hinaus. Es werden alle *Sinneskanäle und Erfahrungsmodi* – Zuhören, Fragen, Lesen, aktives Intervenieren und reflexive Introspektion – in einem *zirkulären Erhebungs- und Deutungsprozess* eingesetzt (Gobo & Molle 2017: 23). In der Feldforschung kann grundsätzlich jeder Kontakt mit dem Forschungspartner genutzt werden, um Daten zu generieren und um sie gleichzeitig auch auszuwerten (Tuckermann 2013a: 79). Nichtsdestotrotz erfolgt die Datenerhebung natürlich nicht beliebig, sondern wird durch das *theoretical sampling* (Glaser 1978) und durch das *spezifische Forschungsinteresse* angeleitet (Thomas 2019: 68). In der Anwendung qualitativer Methoden bedarf es aber an Offenheit und Pragmatismus. Czarniawska (2008: 10) schreibt dazu:

> «fieldwork knows no “method”; it relies on pragmatism, luck, and moral sensibility. The knowledge of a variety of techniques, and the will to innovate rather than follow static prescriptions of method books, remain central to the craft of fieldwork, as to all others.»

Auch die *Verdichtung der so gewonnenen qualitativen Daten* erfolgte in einem offenen und von pragmatischen Überlegungen angeleiteten Auswertungsprozess. Die Methoden der Datenauswertung werden im nächsten Kapitel beschrieben.

6.3.2 Methoden der Datenauswertung

Ähnlich wie bei der Datenerhebung gibt es auch bei der Auswertung qualitativer Daten und der Generierung theoretischer Erkenntnisse *kein standardisiertes Vorgehen* (Eisenhardt 1989; Langley 1999). Die Kunst der qualitativen Datenauswertung liegt darin, überraschende und innovative Erkenntnisse zu erarbeiten, die *über eine reine Beschreibung von Geschehnissen* hinausgeht, gleichzeitig aber auch der *Komplexität und Einzigartigkeit eines empirischen Settings* gerecht wird (Feldman & Orlikowski 2011). Dabei geht die Datenauswertung in der qualitativen Forschung *explorativ* vor: «Interessanter als das blosse Testen von Ideen ist […] die Generierung neuer Ideen, die zu angemesseneren Theorien führen» (Hermanns, Tkocz et al. 1984: 149). Theoretische Konzepte werden nicht vorgängig definiert, sondern sie werden aufgrund des erhobenen Materials und den iterativen Schritten zwischen Datenerhebung, -auswertung und der Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Literatur sowie der Konkretisierung der Fragestellung erst entwickelt (Lamnek 1995: 26). Obwohl der Datenauswertungsprozess in mehreren Schleifen des «back and forth» (Dubois & Gadde 2002: 555) erfolgt, müssen die daraus abgeleiteten Erkenntnisse schliesslich in einer verständlichen und linearen Form präsentiert werden. Ziel jedes qualitativen Auswertungsprozesses ist dabei die *Identifikation idealtypischer Handlungsmuster*, die es vor dem Hintergrund theoretischer Konzepte zu deuten gilt (Fuchs-Heinritz, Lautmann et al. 1978: 181; Ulrich 1981). Da die soziale Welt aus einer konstruktivistischen Perspektive aus *Interaktions-, Aushandlungs- und Deutungsprozessen* besteht (Berger & Luckmann 1977), wird in der Datenauswertung versucht, diese sozialen Konstruktionen zu rekonstruieren. Die Datenauswertung kann somit als die Beobachtung von Beobachtungen angesehen werden, oder als «interpretations of interpretations» (van Maanen 1979: 541).

Der Auswertungsprozess dieser Dissertation war explorativer Natur. Theoretische Erkenntnisse wurden während der Datenerhebung generiert und in einem kollektiven Forschungs- und Lernprozess getestet und erhärtet. Die *Verdichtung des empirischen Materials* und *Identifikation von idealtypischen Mustern erfolgte* über ein «systematisches Kombinieren» nach Dubois & Gadde (2002). In iterativen Schleifen wurde das empirische Material mit theoretischen Konzepten konfrontiert und vice versa:

> «Systematic combining is a process where theoretical framework, empirical fieldwork, and case analysis evolve simultaneously, and it is particularly useful for development of new theories» (Dubois & Gadde 2002: 554).

Dabei waren die Systemtheorie und die Praxistheorie relevante Theorieperspektiven, vor deren Hintergrund Beobachtungen interpretiert wurden. Diese Theorien dienten als Begriffs- und Beschreibungsressource, sozusagen als *theoretisch-konzeptionelles Hintergrundwissen*. Diese zwei Theorieperspektiven sind dabei genügend offen, um sich vom empirischen Gegenstand überraschen zu lassen, und um neue theoretische Beschreibungen und Erkenntnis ableiten zu können. Neben diesem «systematischen Kombinieren» (Dubois & Gadde 2002) wurde in einem zweiten Analyseschritt das empirische Material schrittweise verdichtet und «theoretische Generalisierungen» (Feldman & Orlikowski 2011: 1249) entwickelt. Die empirischen und theoretischen Ergebnisse dieser Dissertation werden daher *in zwei separaten Teilen* präsentiert: Im Teil D wird die Fallstudie präsentiert und *theoretische Interpretationsversuche mit direktem Bezug zum empirischen Material* angeboten. Im Teil E werden diese Erkenntnisse der Fallstudie stärker abstrahiert, sodass *theoretische Erkenntnisse* abgeleitet werden können, *die auch für andere pluralistische Expertenorganisationen relevant sind*. Diese im Teil E präsentierten theoretischen Generalisierungen haben dabei nicht den Charakter von allgemeingültigen Gesetzen, sondern erklären im Idealfall vielmehr soziale Dynamiken und Muster unterschiedlicher organisationaler Kontexte:

> «The theoretical generalizations produced through the use of practice theory are not predictions in the conventional sense but may be better understood as principles that can explain and guide action. They articulate particular relationships or enactments […] that offer insights for understanding other situations while being historically and contextually grounded. Theoretical generalizations […] explain situated dynamics, not universal variation. Although each context of study is different, the dynamics and relations that have been identified and theorized can be useful in understanding other contexts. In this way, theoretical generalizations are powerful because they travel» (Feldman & Orlikowski 2011: 1249).

Um Daten zu verdichten, kamen unterschiedliche Strategien zur Anwendung, insbesondere die *Kodierung des empirischen Materials* und die *Entwicklung einer dichten Beschreibung*. In den nächsten zwei Kapiteln wird erklärt, wie dabei vorgegangen wurde.

6.3.2.1 Kodierung des empirischen Datenmaterials

Um den Datensatz besser ordnen und systematisch analysieren zu können, wurden nach Beendigung der aktiven Feldforschung im Februar 2020 die insgesamt 514 Dokumente in das *qualitative Auswertungsprogramm Atlas.ti* eingepflegt. In einem ersten Schritt wurden die Dokumente chronologisch abgelegt und gleichzeitig Themenblöcken zugeteilt. So wurden beispielsweise alle Dokumente, Reglemente und Konzepte zur Entscheidungs-Praktik «Triage» in einer Dokumentengruppe gesammelt. Die Software *erhöhte die Handhabung des grossen Datenkorpus*, da über eine Volltextsuche nach spezifischen Wörtern oder Aussagen gesucht werden konnte. Die *Organisation der Daten* wurde dadurch zwar erleichtert, allerdings nimmt ein Auswertungsprogramm einer Forscherin nicht die Interpretation der Daten ab. Die Dokumente wurden mehrere Male chronologisch gelesen. In einem ersten Schritt wurde «offen kodiert» (Flick 2007: 388ff): Relevante Textpassagen, Interviewaussagen, idealtypische Situationen aus dem organisationalen Alltag sowie wichtige Ereignisse und Meilensteine wurden mit Überschriften, also «Codes» versehen (z.B. «Definition von Patientenverlegungen»). Dabei entstanden insgesamt 162 unterschiedliche Codes. In einem zweiten Schritt wurden die für die Beantwortung der Fragestellung besonders *relevanten Codes zu inhaltlichen Kategorien verdichtet*. So wurde z.B. der Code «Definition von Patientenverlegungen» der inhaltlichen Kategorie «Entstehung regelbasierter Organisation» zugeordnet. Diese Kategorien und die damit verknüpften Codes und In-vivo-Zitate wurden im Verlauf der Auswertung mehrmals neu strukturiert oder aufgelöst. Um diese Informationen weiter zu verdichten, wurden in einem dritten Schritt die für die weitere Analyse relevanten Kategorien inklusiver der dazugehörigen In-vivo-Zitate in eine Excel-Tabelle übertragen. Dabei wurden die Kategorien und die entsprechenden Zitate sowohl chronologisch über die Zeit angeordnet als auch nach Themenblöcken sortiert. So konnte die Entwicklung einzelner Entscheidungs-Praktiken wie der Triage oder der Patientenanmeldung rekonstruiert werden. Die Kategorien, Textpassagen und Zitate wurden aus der Perspektive der entwickelten Theoriebrille laufend interpretiert. Analytische Ideen und die Verknüpfung system- und praxistheoretischer Argumentationen mit dem empirischen Material wurde für Textpassagen separat festgehalten. Schliesslich erfolgte ein wichtiger Teil der Verdichtung des empirischen Materials im konkreten Schreibprozess und in der Entwicklung einer «dichten Beschreibung» (Geertz 1983).

6.3.2.2 Entwicklung einer «dichten Beschreibung»

Für die Strukturierung der Fallstudie kamen *drei konkrete Interpretations- und Auswertungsstrategien* zur Anwendung: Die «visual mapping strategy», «temporal bracketing strategy» und «narrative strategy» (Langley 1999).

In diesem Forschungsbeitrag interessiert der Aufbau einer Entscheidungs-Praxis und die Gestaltung von Grenzen *über die Zeit*. Mit der «visual mapping strategy» konnten relevante Entwicklungen in ihrem Zeitverlauf und mithilfe von *Flowcharts* visualisiert werden. Ein Beispiel dafür ist die Abbildung 6, in der die Einführung und Weiterentwicklung der Medizinischen Team-Evaluation dargestellt wird. Diese Technik ist geeignet, um ein *strukturiertes Verständnis eines Entwicklungsprozesses* zu erarbeiten und übersichtlich darzustellen. Visual Maps sind an sich noch keine theoretischen Erkenntnisse, aber sie können helfen, empirisches Material zu verdichten und die Theoriebildung voranzutreiben (Langley 1999: 702). Diese Technik wurde angewendet, um die grosse Menge von Informationen übersichtlich darstellen und um relevante Ereignisse und Themen identifizieren zu können.

Neben dieser Auswertungs- und Interpretationsstrategie war das «temporal bracketing» (Langley 1999: 703) für die Strukturierung der vorliegenden Fallstudie relevant. Bei der Durchsicht der Codes und Kategorien wurde im Verlauf des Auswertungsprozesses festgestellt, dass die Entwicklung der Notfallstation von 2005 bis zum Ende der Datenerhebung im Frühjahr 2020 *in drei zeitliche Phasen unterteilt* werden kann (siehe Kapitel 7.4). Diese drei Phasen konnten über zentrale Meilensteine und unterschiedliche Schwerpunkte in den Entwicklungsanstrengungen voneinander unterschieden werden. Die Grenzen zwischen diesen Phasen konnten nicht immer scharf definiert werden und es gab überlappende Problemstellungen, wie z.B. die Definition des Dienstleistungsangebots der ZNS. Nichtsdestotrotz konnte mit dieser Strategie die Transformation der ZNS *überblicksartig dargestellt* und *systematisch rekonstruiert* werden. In den drei Phasen dominierten jeweils unterschiedliche Themenstellungen: In der ersten Phase wurde ein neues Organisations- und Führungsmodell aufgebaut. Dies war eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass in einer zweiten Phase kollektiv akzeptierte Entscheidungs-Praktiken und eine sogenannte «regelbasierte Organisation» (Rüegg-Stürm & Bieger 2012) etabliert werden konnte. In einer dritten Phase wurden die erarbeiteten Entscheidungs-Praktiken dynamisch stabilisiert und kollektiviert. In allen drei Phasen waren spezifische Prozesse der Öffnung und Schliessung und die Verfertigung von Grenzen zu beobachten, anhand derer die Entscheidungsfähigkeit der ZNS aufgebaut und die Entscheidungs-Praxis weiterentwickelt wurde. Diese Dreiteilung des Transformationsprozesses der ZNS half, die

empirische Analyse zu strukturieren und Erkenntnisse und Daten nachvollziehbar zu präsentieren. Dabei wurde versucht, die Entwicklung aus der *Distanz einer neutralen Beobachterin* zu schildern.

Die dritte angewendete Auswertungsstrategie bezeichnet Langley (1999) als «narrative strategy». Ziel dieser Studie war es, den Aufbau der Entscheidungs-Praxis mit feldnahen Methoden *prozessual* und *kontextspezifisch* zu beschreiben. Genau dies wurde bei der «narrative strategy» versucht, indem eine detaillierte Geschichte anhand der gesammelten empirischen Daten erstellt wurde. Wichtig dabei war, dass diese Beschreibung über eine chronologische Erzählung von Ereignissen hinausgeht und *konkrete theoretische Erklärungsansätze* angeboten werden. Um dies zu gewährleisten, wurde in der empirischen Analyse, wann immer argumentativ sinnvoll, *Beschreibungen und Interpretationen gesondert erläutert*: In einem ersten Schritt wurden Entwicklungen auf einer rein deskriptiven Ebene dargestellt. In einem zweiten Schritt wurden die Geschehnisse unter der Überschrift «Interpretation aus einer theoretischen Perspektive» (siehe z.B. Kapitel 8.1.1) vor dem Hintergrund der entwickelten Theoriebrille gedeutet und Erklärungsversuche angeboten. Die zentralen Erkenntnisse der drei Entwicklungsphasen werden in separaten Kapiteln kondensiert zusammengefasst (siehe Kapitel 8.1.3, 8.2.5 und 8.3.3). Wie bereits erwähnt, folgt auf diese detaillierte Beschreibung eine Abstrahierung der empirischen Erkenntnisse, sodass aus der Analyse eines Einzelfalls *allgemeine Konsequenzen für Management-Verantwortliche in pluralistischen Expertenorganisationen* abgeleitet werden können. Im Teil E werden die durch die Fallstudie generierten Erkenntnisse stärker «de-kontextualisiert» und «theoretisch generalisiert» (Feldman & Orlikowski 2011). Sowohl bei der deskriptiven Darstellung von Ereignissen als auch bei der theoretischen Interpretation und Generalisierung wurde darauf geachtet, dass *Aussagen in empirischen Daten verankert* sind. Deshalb wurden, im Sinne der «narrative strategy», Aussagen mit direkten Zitaten von Mitarbeitenden oder Diskussionsauszügen belegt, damit Behauptungen und Erkenntnisse stets auf empirischen Daten gründen. An einigen Stellen wurden Daten zu Vignetten und idealtypische Situationen verdichtet. Diese narrative Darstellungsform war für diese Dissertation geeignet, weil so der Aufbau der Entscheidungs-Praxis und die Gestaltung von Grenzen sowohl detailliert als auch im organisationalen Kontext dargestellt werden konnte. Insgesamt entsprachen diese Auswertungs- und Interpretationsstrategien den hier vertretenen epistemologischen Grundannahmen.

6.4 Fazit zur Methodologie

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Aussagen zum Forschungsverständnis und zum methodologischen Ansatz zusammengefasst und somit Teil C abgeschlossen.

Dieser Dissertation liegt ein *konstruktivistisches Forschungsverständnis* zugrunde, das den epistemologischen Grundannahmen der Systemtheorie und Praxistheorie (Teil B) entspricht. Es wird davon ausgegangen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse durch den Forschungsprozess selbst erzeugt werden und das Resultat einer aktiven *Konstruktionsleistung eines Beobachters* sind (Berger & Luckmann 1977; Maturana & Varela 1970). Entsprechend haben die hier generierten Ergebnisse *keinen Anspruch auf universelle Gültigkeit* oder darauf, die organisationale Realität des Untersuchungsgegenstandes «objektiv» abzubilden. Vielmehr wird aus einer spezifischen Beobachter- und Theorieperspektive eine empirische Problemstellung *beschrieben und interpretiert*. Das Ziel dieser anwendungsorientierten Forschungsarbeit ist dabei die *Rekonstruktion und Interpretation* eines organisationalen Entwicklungsprozesses, insbesondere die Rekonstruktion der Entscheidungs-Praxis einer Organisation. Die daraus hervorgehende Analyse ist nicht «wahr» oder «richtig», sie will in erster Linie «nützlich» sein und einem Forschungspartner *kreative Deutungsansätze seiner eigenen sozialen Realität* anbieten. Nichtsdestotrotz kann aber auch ein konstruktivistischer Forschungsbeitrag nicht *beliebig und unkontrolliert* auf die Wirklichkeit zugreifen. Die vorliegende Dissertation möchte daher an den fünf Gütekriterien der *intersubjektiven Nachvollziehbarkeit, Konsistenz, empirischen Verankerung, Nützlichkeit und Relevanz* sowie *reflektierte Subjektivität* gemessen werden. Diese Gütekriterien werden nicht als technische Checklisten, sondern als *handlungsanleitende Orientierungshilfen* für die Qualitätssicherung dieser Arbeit verstanden. Letztendlich ist die Qualität einer Forschungsarbeit von einer kreativen Verzahnung *theoretischer Perspektiven*, *methodischer Verfahren* und *empirischer Beobachtungen* abhängig.

Der Forschungsprozess, das angewendete Forschungsdesign und der methodische Zugriff auf den Untersuchungsgegenstand tragen diesem konstruktivistischen Wissenschaftsverständnis Rechnung und sind darauf ausgerichtet, dass die Fragestellung *prozessual und kontextspezifisch* untersucht werden kann. Die Dissertation ist daher als *longitudinale Einzelfallstudie* aufgebaut. Aufgrund der Forschungsfrage sowie der theoretischen Analysebrille bilden *konkrete Entscheidungs-Praktiken* die «embedded» Units of Analysis (Yin 2009: 446–447). Durch ein kontrolliertes Fremdverstehen (Lamnek 1995: 16) wird die Problemstellung *detailliert* sowie im *organisationalen Gesamtzusammenhang* analysiert. Dafür wurden *ethnografische Erhebungs- und*

Auswertungsmethoden angewendet. Mithilfe semistrukturierter Leitfadeninterviews, teilnehmenden Beobachtungen, Shadowing, Dokumentenanalysen sowie Reflexionsworkshops konnte ein *reichhaltiger Datenkorpus* erstellt werden. Ausgewertet wurden die empirischen Daten in einem *iterativen Schreib- und Analyseprozess*, bei dem unter anderem offenes Kodieren, «visual mapping», «temporal bracketing» und narrative Strategien angewendet wurden (Langley 1999). Die Datenerhebung und -auswertung erfolgte nicht sequentiell oder linear. Der durchlaufene Forschungsprozess war von vielen Iterationen und parallelen Forschungsaktivitäten geprägt. In einem explorativen Lernprozess voller Irrungen und Revisionen wurden laufend Daten erhoben und ausgewertet, die Fragestellung konkretisiert, neue Feldzugänge erschlossen und die theoretische Analysebrille geschärft. Dabei wurde versucht, theoretische Erkenntnisse zu generieren, die zum einen der *Komplexität und Einzigartigkeit eines empirischen Settings* gerecht werden, zum anderen aber auch über *eine reine Beschreibung eines Einzelfalles* hinausgehen. Ob dieser Forschungsprozess in kreativen Erkenntnissen mündete und eine «verständnisfördernde Perspektive» (Kubicek 1977: 29) einer empirischen Problemstellung angeboten werden kann, soll der kritische Leser beurteilen.

Teil D: Empirische Analyse

7. Einführung in die Fallstudie: Portrait der analysierten Notfallstation

Die im Teil B entwickelte Theorieperspektive wird in diesem Teil D genutzt, um an einem empirischen Fall zu thematisieren, wie die Entstehung einer organisationalen Entscheidungs-Praxis über die Gestaltung von Grenzen gelingen kann. Die hergeleitete Forschungsfrage wird in der Folge beantwortet: Wie entstehen in einer pluralistischen Expertenorganisation Grenzen als Voraussetzung für den Aufbau einer organisationalen Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungs-Praxis?

Bevor der Transformationsprozess der zentralen Notfallstation (ZNS) präsentiert und die Forschungsfrage schrittweise beantwortet wird, soll zunächst der *Beobachtungs- und Untersuchungsgegenstand*, also die hier analysierte Notfallstation, vorgestellt und *in die Fallstudie eingeführt* werden. Im Kapitel 7.1 wird auf das Zentrumsspital eingegangen, dem die Notfallstation angehört. Es wird gezeigt, dass die Notfallstation innerhalb des Spitals eine wichtige *Drehscheibenfunktion* wahrnimmt. Die Notfallmedizin unterscheidet sich stark von anderen medizinischen Disziplinen. Im Kapitel 7.2 wird daher auf die *Besonderheiten der Entscheidungsprozesse* sowie im Kapitel 7.3 auf die *Organisationsform der Notfallstation* eingegangen. Im Kapitel 7.4 werden die *wichtigsten Meilensteine* in der Entwicklung der Notfallstation in *drei Phasen* dargestellt.

7.1 Die Notfallstation als Drehscheibe eines modernen Zentrumsspitals

Die Notfallstation ist Teil eines *mittelgrossen Schweizer Zentrumsspitals*, das mehr als 2200 Mitarbeitende beschäftigt, im Jahr rund 17`643 stationäre und 76`767 ambulante Patienten betreut und für die Regionalbevölkerung ein vielseitiges medizinisches Angebot bereitstellt. Mit einer EBITDA-Marge von 10.1% (Jahr 2018) gehört das Zentrumsspital zu einem finanziell gesunden Spital.[11] Neben der nachhaltigen Finanzierung konnte das Spital im Jahr 2018 ein leichtes Fallwachstum ausweisen, wobei eine Entwicklung von stationären zu vermehrt ambulanten Behandlungen zu verzeichnen ist – ein Trend, von dem viele Schweizer Spitäler betroffen sind. Das Zentrumsspital befindet sich in einer für den inländischen und ausländischen Tourismus attraktiven Region. Dies führt im gesamten Spital, insbesondere auf der ZNS, zu *saisonalen Patientenpeaks* und einer über das Jahr betrachteten *ungleichen Auslastung der Infrastruktur und des Personals*. Die Wertschöpfung des Spitals wird von mehr als *33 verschiedenen Disziplinen* erbracht und zeichnen sich durch eine hohe Interdisziplinarität sowie der anspruchsvollen

[11] Diese Informationen stammen aus dem Jahresbericht 2018 des besagten Kantonsspitals und werden aus Anonymitätsgründen hier nicht präziser zitiert.

Verschränkung technologischer, wissenschaftlicher, ökonomischer und politischer Spezialexpertise aus. Geführt wird das Zentrumsspital von einer mehrköpfigen Geschäftsleitung (GL), welche die von Verwaltungs- und Stiftungsrat definierte strategische Stossrichtung umsetzt. Den übergeordneten Leistungsauftrag erhält das Zentrumsspital vom Kanton. Die Kompetenzen und Dienstleistungen des Zentrumsspitals sind in insgesamt *neun eigenständig geführten Departementen* gebündelt.

Die hier untersuchte Notfallstation ist zusammen mit der Anästhesie, Intensivmedizin und Rettung ein Teilbereich eines dieser neun Departemente. Der durch die Politik und Spitalleitung vorgegebene *Leistungsauftrag der ZNS* ist die kompetente Versorgung aller über 16-jährigen Notfall-Patientinnen und -Patienten der Region sowie der umliegenden Kantone, inklusive chirurgisch zu betreuende Kinder unter 16 Jahren (D-78). Dafür steht der Notfallstation Personal aus den wissenschaftlichen Kerndisziplinen der Chirurgie, der Inneren Medizin und den Pflegewissenschaften sowie Unterstützung von den Fachdisziplinen Radiologie, Anästhesie, Labor, Rettung, Informatikdienste und vielen weiteren Spezialbereichen zur Verfügung. Die Notfallstation ist ein klassischer *Querschnittsbereich* des Zentrumsspitals, oder wie ZNS-Mitarbeitende selbst sagen, ein «Gemischtwarenladen» (I-IM-1). Anders als ein fachspezifischer Notfall, wie z.B. ein gynäkologischer Notfall, ist die ZNS interdisziplinär und zeichnet sich durch ein *breites medizinisches und chirurgisches Leistungsspektrum* aus. Das *Kerngeschäft* besteht aus *Notfalldiagnostik und Notfalltherapie* (D-78). Die Versorgung von Notfallpatienten erfolgt in circa 18 Behandlungsplätzen und zwei Schockräumen, einem speziellen Bereich für die Erstversorgung schwerverletzter oder akut erkrankter Patienten (D-78). Seit Juni 2019 konnte das Leistungsangebot mit einer neuen Hausarztpraxis in unmittelbarer Nähe der Notfallstation ergänzt werden. Dies war auch deshalb nötig, da die Fallzahlen von leicht erkrankten und leicht verletzten Patientinnen überdurchschnittlich stark gewachsen ist (D-78). Auch komplexe Fälle müssen öfters behandelt werden, und so hat das Patientenaufkommen im Zeitraum von 2012 bis 2016 um 17.5% zugenommen (D-78). Jährlich werden auf der ZNS mehr als 20`000 Personen betreut (D-78).

Neben der Notfalldiagnostik und -therapie ist auch die *Triage und Verlegung* von Patienten an vor- und nachgelagerte Gesundheitsinstitutionen, insbesondere an die Kliniken und Bettenstationen des Zentrumsspitals, eine Kernfunktion der ZNS (siehe Abbildung 3). Gerade diese *Verlegungskompetenz* der Notfallstation ist für das Spital und für die Organisation des Patientenflusses von zentraler Bedeutung. Die ZNS hat als Bindeglied zwischen Spitalaufnahme und stationärer oder ambulanter Folgebehandlung sowie als *stark frequentiertes Eintrittstor* für Patienten eine strategisch relevante Funktion für das Spital.

Der grösste Teil, insgesamt 80%, der stationär zu behandelnden internistischen Patienten des Zentrumsspitals treten über den Notfall ein (I-MA-3). Auch die chirurgischen Abteilungen sind auf Patientenzuweisungen aus dem Notfall angewiesen. Oftmals werden daher Notfallstationen als «Visitenkarten» bezeichnet, da sie wesentlich zur Reputationsbildung und wahrgenommenen Behandlungsqualität eines Spitals beitragen (Goti, Wepf et al. 2008: 2; Walker & Betz 2013). Die ZNS ist eine *Drehscheibe des Zentrumsspitals* und wichtige Anlaufstelle für vielfältige Patientenanliegen (Genewein, Jakob et al. 2009: 132).

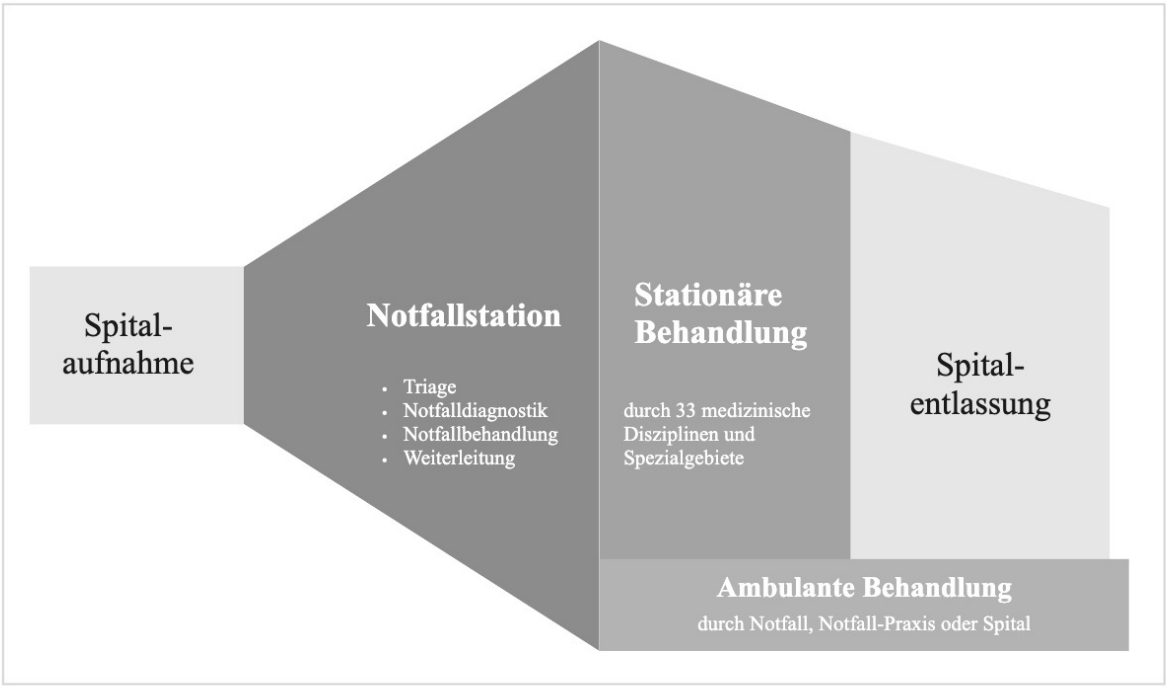

Abbildung 3: Die Notfallstation als Drehscheibe des Spitals

Die Notfallstation übernimmt somit nicht nur eine Triage in Form der Einteilung von prioritär oder weniger prioritär zu behandelnden Notfallpatienten, sondern hat auch eine *«Trichterfunktion» für das gesamte Spital*. Sie erbringt wichtige *Koordinationsleistungen* und orchestriert den Patientenfluss und die «Verteilung» von Patientinnen an Spezialabteilungen des Spitals.

Da sie als eine der wenigen Abteilungen im Spital *durchgehend und an 365 Tagen im Jahr* betrieben wird, stellt die Notfallstation wichtige *Warteräume* für Patienten sowie *Entscheidungsräume* für Healthcare Professionals zur Verfügung. Die ZNS erbringt *diverse Dienstleistungen für Abteilungen des Zentrumsspitals*, wie z.B. die kurzzeitige Überwachung von stationären Patienten, kleinere Behandlungen und Interventionen für

überlastete Kliniken, oder sie übernimmt Patientenanmeldungen für Abteilungen ausserhalb regulärer Öffnungszeiten (D-78). Die damit einhergehende *prozessuale und organisationale Verflechtung mit dem Spital* macht die Gestaltung und die Weiterentwicklung der Notfallstation, insbesondere die Entwicklung einer eigenen Entscheidungs-Praxis, besonders herausfordernd. Die betriebliche Organisation der Notfallstation und die Notfallmedizin im Allgemeinen unterscheidet sich in einigen wesentlichen Punkten von anderen Abteilungen und medizinischen Disziplinen, was insbesondere Konsequenzen für die Wertschöpfung der Notfallstation hat. Auf die Besonderheiten ihrer Entscheidungsprozesse wird im nächsten Kapitel eingegangen.

7.2 Die Besonderheiten der Entscheidungsprozesse einer Notfallstation

Die Notfallmedizin unterscheidet sich hinsichtlich *Dringlichkeit, Leistungsbreite, Variabilität der Nachfrage, medizinischer Spezialisierung sowie Mensch-Maschinen-Schnittstellen* von anderen medizinischen Aufgabengebieten (Genewein, Jakob et al. 2007: 1549). Ein Notfall ist grundsätzlich ein *unvorhersehbares Ereignis*. Notfallpatienten suchen ungeplant und teilweise unangemeldet eine Notfallstation auf. Dies bedeutet, dass der Notfall für dringliche und schnell zu behandelnde medizinische Beschwerden ein *breites Spektrum an Leistungen und Behandlungsprozessen* zur Verfügung stellen muss. Gleichzeitig ist der Bedarf an Notfallbehandlungen, sowohl über einen Arbeitstag als auch über ein Jahr betrachtet, *variabel und nicht prognostizierbar* (Genewein, Jakob et al. 2007: 1552). Gerade die ZNS sieht sich in der touristischen Hochsaison oder um die weihnachtlichen Festtage mit erhöhten Patientenzahlen konfrontiert (D-78). Trotz der *Variabilität der Nachfrage* muss die Notfallstation eines Schweizer Zentrumsspitals an 365 Tagen und 24 Stunden betrieben werden. Die *bedarfsgerechte Planung von infrastrukturellen Ressourcen* und die *Organisation des ärztlichen und pflegerischen Dienstes* wird dadurch zu einer grossen Herausforderung, denn Ressourcen und Personal müssen jederzeit zur Verfügung stehen, werden aber je nach Patientenaufkommen unterschiedlich nachgefragt. Zudem muss sich auch eine Notfallstation an Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Kosteneffizienz ausrichten und einen produktiven Umgang mit dem *zunehmendem wirtschaftlichen Druck* finden (Genewein, Jakob et al. 2009: 130).

Aufgrund des vergleichsweise breiten Leistungsangebots ist der Spezialisierungsgrad auf dem Notfall selbst gering, weshalb oftmals Expertinnen von Spezialbereichen in den Behandlungsprozess von Notfallpatienten involviert werden müssen. Dabei besteht die Herausforderung, dass diese Spezialbereiche, anders als die Notfallstation, bestimmte Öffnungs- und Betriebszeiten haben und nicht jederzeit Ressourcen zur Verfügung stellen

können. Weiter charakteristisch ist die stark fortgeschrittene *Technologisierung* und die *komplexen Mensch-Maschinen-Schnittstellen* der Notfallmedizin. Ohne Beatmungs- und Monitorisierungsgeräte, EKG-Schreiber, Sonographiegeräte, Röntgenuntersuchungen sowie Schnittbildgebungen wäre das Betreiben einer modernen Notfallstation nicht vorstellbar. Gerade auch die Arbeit im Schockraum zeichnet sich durch einen hohen Materialeinsatz und der Verzahnung analoger Behandlungstätigkeiten mit computerbasierten Diagnose-, Behandlungs- und Dokumentationsverfahren aus. Die zahlreichen Mensch-Maschinen-Interaktionen machen die Integration von technologischem Wissen in Behandlungsabläufe sowie eine enge *Schnittstellenarbeit mit der Medizinaltechnik und Informatikdiensten* erforderlich.

Diese Besonderheiten der Notfallmedizin haben weitreichende Konsequenzen auf die Entscheidungsprozesse der ZNS und stellen hohe Anforderungen an den Arbeitsalltag von Mitarbeitenden und Management-Verantwortlichen. Die Entscheidungsprozesse zeichnen sich durch *schnelles und kollektives Entscheiden unter Unsicherheit, Interdisziplinarität und Interprofessionalität* sowie durch eine *hohe Arbeitsteilung und Fragmentierung* aus.

Schnelles und kollektives Entscheiden unter Unsicherheit

Aufgrund der Tatsache, dass Notfälle meistens *ungeplant* eintreten, ist der Arbeitsalltag der ZNS-Mitarbeitenden von Unvorhersehbarkeit und einem hohen Mass an Unsicherheit in Bezug auf das zu erwartende Patientenaufkommen, auf einzelne Patientenbedürfnisse sowie dafür erforderliche personelle und infrastrukturelle Ressourcen geprägt. *Schnelle Entscheidungsprozesse* sind für die Gewährleistung der Behandlungsqualität und der Patientenzufriedenheit jedoch entscheidend. Da jeweils mehrere Healthcare Professionals in einen Behandlungsprozess involviert sind und dieser nicht von einer einzigen Person verantwortet werden kann, bedeutet Entscheiden auf dem Notfall immer *kollektives Entscheiden*. Besonders herausfordernd ist dabei, dass die Zusammensetzung des Behandlungsteams, das kollektiv über den Verlauf des Behandlungsprozesses entscheiden muss, stark fluktuiert und aufgrund des Schichtbetriebs oftmals neu zusammengesetzt wird. Da das *Tagesgeschehen dynamisch* und nur *schwer prognostizierbar* ist, müssen sich Mitarbeitende und Behandlungsteams laufend neu absprechen, zu erledigende Aufgaben neu priorisiert und delegiert werden: «In emergency settings, fast-paced teamwork and dynamic delegation of tasks and responsibility according to the patient's changing needs is essential» (Meier 2015: 70). Auch wenn Entscheidungs-Praktiken in Form von Behandlungsstandards und Arbeitsroutinen formal festgelegt sind, braucht es aufgrund unvorhersehbarer Entwicklungen im Behandlungsprozess oftmals *ad-hoc-Koordination* sowie *spontane Rück- und Absprachen* zwischen Mitarbeitenden unterschiedlicher

Berufsgruppen, um unter Zeitdruck zu kollektiven Entscheidungen zu gelangen (RW-9). Um zu verhindern, dass die Notfallstation ihre Kapazitätsgrenze erreicht, müssen Patientinnen schnell behandelt und entlassen bzw. an nachgelagerte Kliniken des Spitals überwiesen werden, da stets unsicher ist, wie sich das Patientenaufkommen auf dem Notfall entwickelt.

Interdisziplinarität und Interprofessionalität

Die Kernwertschöpfung des Notfalls ist eine *interdisziplinäre und interprofessionelle Leistung*, denn um Notfallpatientinnen kompetent versorgen zu können, bedarf es einer Vielzahl an medizinischer und pflegerischer Expertise. Auf keiner anderen Abteilung müssen so viele Healthcare Professionals aus unterschiedlichen Disziplinen und Berufsgruppen zusammenarbeiten. Gerade *weil* der Notfall eine Drehscheibenfunktion einnimmt, müssen die Arbeitsprozesse und Kompetenzen *verschiedener Berufsgruppen* (vor allem von Pflegefachpersonen, Internisten, Chirurginnen, Radiologen, Anästhesistinnen und Medizinischen Praxisangestellten) sowie *verschiedener Organisationseinheiten* (vor allem Rettungsdienste, Intensivstation, Bettenstationen, Labor, Informatikdienste, Patientenadministration etc.) koordiniert werden. Dies bedeutet, dass die Entscheidungsprozesse von *heterogenen Erfolgsvorstellungen*, *Fachsprachen und Berufsverständnissen* geprägt werden (Tuckermann 2013b). Das Hervorbringen von «commitment to action» (Langley, Mintzberg et al. 1995: 261) und kollektiv anerkannten Entscheidungs-Praktiken ist in diesem Kontext anspruchsvoll. Die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit erfolgt dabei nicht nur *sequentiell*, wenn z.B. zuerst eine Pflegefachperson einen Patienten triagiert und dieser zeitlich nachgelagert durch eine chirurgische Ärztin untersucht wird, sondern auch *parallel*, wenn z.B. eine Anamnese gestellt und relevante Informationen über Patienten von verschiedenen Berufsgruppen gleichzeitig erhoben, analog und digital dokumentiert und gemeinsam interpretiert werden. Zudem werden interprofessionelle Teams auf dem Notfall teilweise nur *punktuell* und *zeitlich beschränkt* einberufen, wenn z.B. Anästhesisten, Radiologinnen, Chirurgen und Pflegemitarbeitende eine Patientin im Schockraum beurteilen. Dass sich die interprofessionellen Teams oftmals schnell und für einen kurzen Zeitraum formieren, auflösen und in einer neuen Konstellation wieder zusammenfinden, ist auch dem Schichtbetrieb, der Fluktuation von Personal aufgrund von Ausbildungs- und Dienstzyklen sowie den vielen Teilzeitanstellungen auf dem Notfall geschuldet.

Hohe Arbeitsteilung und Fragmentierung

Ein weiteres Spezifikum der Notfallstation, die mit der Spezialisierung von Berufsgruppen zusammenhängt, ist die *hohe Arbeitsteilung und Fragmentierung* des Arbeitsalltages. Die zu erbringenden Entscheidungsprozesse (Triage, Notfalldiagnostik, Notfallbehandlung etc.) werden auf eine *Vielzahl von Akteuren* verteilt, die jeweils nur einen oder mehrere Arbeitsschritte ausführen. Der Behandlungsprozess besteht aus einer *Kette von fein granulierten Handlungsabläufen und Mikro-Aktivitäten*, die von vielen Mitarbeitenden parallel ausgeübt werden. Selten wird ein Patient vom Zeitpunkt des Eintritts bis zur Entlassung oder Überweisung von ausschliesslich einer Ärztin oder einem Pflegemitarbeiter betreut. Dies ist schon alleine deshalb nicht möglich, da das Eintreten von Patienten sowie die Dauer ihres Aufenthalts nicht mit den Dienst- und Schichtzeiten zusammenfällt und je nach Komplexität des Patientenanliegens Spezialexpertisen von verschiedenen Akteuren mobilisiert werden müssen. Aus der Perspektive einer Pflegefachperson kann diese hohe *Arbeitsteilung und Fragmentierung* bedeuten, dass sie im Verlauf einer Schicht mehr als 30 Patienten punktuell betreut und Arbeitsschritte wie Verabreichung von Schmerzmedikamenten, Blutabnahme, Überwachung, Erfassung von erbrachten Leistungen usw. an verschiedenen Patienten übernimmt, ohne dabei einen Behandlungsprozess vollständig zu begleiten. Auch Ärzte werden oftmals punktuell in den Behandlungsprozess involviert, z.B. für ein Konzil oder für einen Behandlungsentscheid. Zwar wird auf der ZNS für eine Patientin eine Bezugspflege und ein verantwortlicher Assistenzarzt definiert, aufgrund der *Dynamik und Schnelllebigkeit des Arbeitsalltages* kann es aber vorkommen, dass ein Patient von vielen Healthcare Professionals abwechselnd oder gleichzeitig betreut wird. Zudem erfolgen die anfallenden Diagnose- und Behandlungsprozesse nicht nur zeitlich gestaffelt, sequentiell und parallel, sondern auch in unterschiedlichen Örtlichkeiten, wie Büros, dem Pflegestützpunkt oder Warte- und Behandlungsräumen. Entsprechend gross ist daher der *Koordinations- und Abstimmungsaufwand* für alle Mitarbeitenden. Als Resultat der Spezialisierung von Berufsgruppen finden die einzelnen Wertschöpfungsprozesse und Entscheidungs-Praktiken der Notfallstation *räumlich und zeitlich verteilt statt* (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 25) und sind *stark fragmentiert*.

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die Notfallstation von einer *hohen Arbeitsteilung sowie von schnellem, räumlich und zeitlich stark verteiltem, kollektivem Entscheiden unter Unsicherheit* geprägt ist. Die Entscheidungsprozesse können nur dank der Spezialisierung diverser Healthcare Professionals erbracht werden, die auf dem Notfall *interdisziplinär* und *interprofessionell* zusammenarbeiten.

Dabei ist die Notfallstation für die Erbringung ihrer Wertschöpfung auf Ressourcen, Expertise und Personal *anderer Organisationseinheiten des Spitals* angewiesen. Aufgrund ihrer Drehscheibenfunktion bestehen zwischen der Notfallstation und anderen Abteilungen des Zentrumsspitals viele *gegenseitige Abhängigkeiten*. Dieser Umstand trifft nicht nur auf die hier analysierte Notfallstation zu, sondern gilt für alle grossen Notfallstationen der Schweiz. Seit Längerem wird daher kontrovers *über den Status von Notfallzentren* und ihre organisationale Einbettung in Spitäler diskutiert (Genewein, Jakob et al. 2007; Goti, Wepf et al. 2008; Zimmermann, Bachmann et al. 2015). Gegenstand der Diskussion ist der *Autonomiegrad von Notfallzentren* sowie *passende Organisations- und Führungsmodelle* (siehe dazu z.B. Beera & Bächlib 2014). Soll der Notfall ein «Spital im Spital» sein mit einer weitreichenden Planungs- und Entscheidungsautonomie und einem fest angestelltem Personalbestand? Oder soll der Notfall von Vertretern der medizinischen Kernfächern Chirurgie und Innere Medizin geführt werden und als internistisch-chirurgische Aus- und Fortbildungsstätte erhalten bleiben (Goti, Wepf et al. 2008)? Diese Diskussion zeigt, dass Notfallstationen als Querschnittsbereiche und Drehscheiben von Spitälern ihre Wertschöpfung im *Spannungsfeld von struktureller Autonomie und Abhängigkeit* erbringen müssen. Die Art und Weise, wie der Notfall zum Zeitpunkt der Feldforschung organisational in das Zentrumsspital eingebettet war, wird im nächsten Kapitel erläutert. Den Kontext der ZNS zu beschreiben ist deshalb relevant, weil dadurch aufgezeigt werden kann, warum der *Aufbau von Entscheidungs-Praktiken und einer eigenen Entscheidungsfähigkeit* ein anspruchsvolles Unterfangen ist und nur dank Prozessen der Öffnung und Schliessung und der Bearbeitung von Grenzen gelingen kann.

7.3 Die organisationale Einbettung der Notfallstation in das Spital

Schweizer Notfallstationen haben unterschiedliche Organisations- und Führungsmodelle und unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Entscheidungsautonomie (Genewein, Jakob et al. 2009). Diese Vielfalt von Organisationsmodellen hat mit der *späten Professionalisierung der Notfallmedizin* zu tun: Die Notfallmedizin ist keine vom Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte anerkannte medizinische Subspezialität und es gibt *keine Facharztausbildung für Notfallmedizin* (Yersin, Meier et al. 2005). Dementsprechend schwierig ist es, fachlich kompetentes Kaderpersonal zu finden, das die betriebliche Führung autonomer Notfallzentren hauptberuflich übernehmen will. In der Vergangenheit wurden daher Notfallstationen von Ärztinnen der medizinischen Kernfächer Chirurgie oder Innere Medizin geleitet. Es erstaunt deshalb nicht, dass auch die organisationale Einbettung und das damit einhergehende Führungsmodell der hier analysierten Notfallstation das *Ergebnis von lokalen Rahmenbedingungen* und historisch gewachsenen Prozessen ist.

Die Geschäftsleitung des Zentrumsspitals hat im Herbst 2014 entschieden, dass die Notfallstation *nicht in einem eigenständigen und betriebswirtschaftlich unabhängigen Departement* zu organisieren ist, sondern Teil des Departements Anästhesie, Notfall, Intensivstation und Rettung (hier in der Folge als Departement 3 bezeichnet) ist. Die Leitung der Notfallstation obliegt einem *Triumvirat, bestehend aus einem Chefarzt, einem stellvertretenden ärztlichen Leiter sowie einer Pflegeleitung* (D-78). Der Vorsitz des Leitungsteams obliegt dem Chefarzt, der aus dem Departement Chirurgie (Departement 2) oder Innere Medizin (Departement 4) stammt. Sein Stellvertreter kommt aus der jeweils anderen Kerndisziplin. Die beiden ärztlichen Leiter haben somit *doppelte Verantwortlichkeiten und Mitgliedschaften*: Sie sind organisatorisch hälftig ihren jeweiligen Departementen Chirurgie und Innere Medizin zugehörig und verantworten die strategische und operative Führung der ZNS im 50%-Teilzeitpensum. Sie haben zusammen mit den leitenden Ärzten und Chefärzten der Departemente 2 und 4 die fachliche Führung über die Ärztinnen und Ärzte, die in Zyklen Dienst auf der ZNS leisten. Die Pflegeleitung ist hingegen vollzeitlich über die Notfallstation angestellt. Ihr obliegt die fachliche und personalrechtliche Führung der Pflegemitarbeitenden. Das Organisations- und Führungsmodell der ZNS wird in der Abbildung 4 dargestellt.

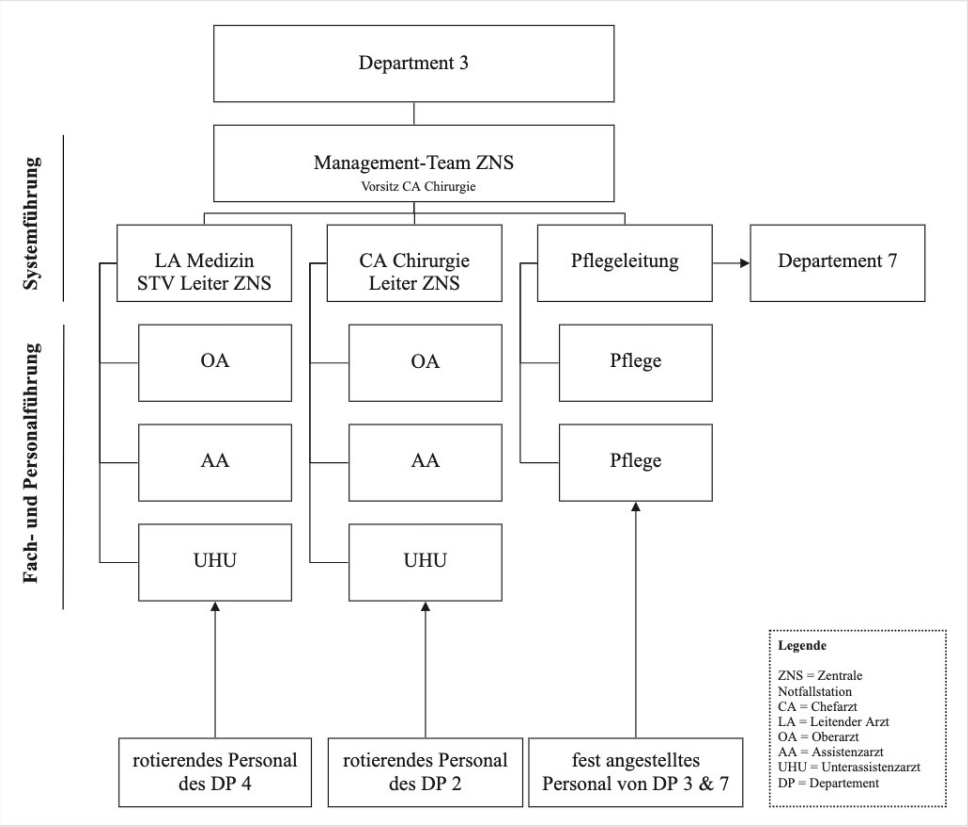

Abbildung 4: Das Organisations- und Führungsmodell des Notfalls

Dieses Führungsmodell und die Anbindung der ZNS an die Departemente 2, 3 und 4 hat weitrechende *Konsequenzen auf die Entscheidungsautonomie der Notfallstation*, insbesondere auf den Einsatz von personellen Ressourcen. Das Pflegepersonal kann durch die Pflegeleitung rekrutiert werden, wobei der vom Departement 3 vorgegebene Stellenplan und Budgetrahmen zu berücksichtigen ist (I-MA-3). Auf der ZNS gibt es jedoch *keine vollzeitlich arbeitenden Ärztinnen und Ärzte*. Der ärztliche Dienst wird ausschliesslich durch *rotierende Unterassistenz-, Assistenz- und Oberärzte* der beiden Departemente 2 und 4 sichergestellt, wobei die Oberärzte die fachliche Führung über die Assistenzärztinnen und diese über die Unterassistenzärzte haben. Medizinische und chirurgische Assistenzärzte leisten in regelmässigen Zyklen von acht bzw. sieben Wochen Dienst auf der ZNS. Ihr restliches Arbeitspensum erbringen sie in den Abteilungen ihrer Fachgebiete. Oberärztinnen werden einzelnen Notfall-Schichten zugeteilt und leisten somit in unregelmässigen Abständen Dienst auf dem Notfall. Das ärztliche Personal ist personalrechtlich den jeweiligen Departementen Chirurgie und Medizin unterstellt und wird während ihrer Notfallzyklen von diesen finanziert. Das Management-Team der ZNS kann somit personalrechtlich betrachtet nicht auf das auf der ZNS tätige ärztliche Personal Einfluss nehmen. Auch bezüglich der Bereitstellung von personellen Ressourcen bei hohem Patientenaufkommen ist die ZNS auf die *Kooperationsbereitschaft* der Departemente 2 und 4 angewiesen. Entsprechend der Redewendung «Wer zahlt, befiehlt» definieren die Departemente 4 und 2 auch konkrete Behandlungsstandards, die bei chirurgisch oder medizinisch zu versorgenden Notfallpatienten anzuwenden sind und haben die fachliche Entscheidungshoheit über den Patientenprozess.

Aus einer betriebswirtschaftlichen Perspektive ist die Notfallstation *keine ergebnisverantwortliche Organisationseinheit*. Die ZNS hat zwar eine eigene Kostenstelle, über diese die Gehälter des Management-Teams sowie jene des Pflegepersonals verbucht werden. Sie muss aber nicht wie ein *Profitcenter* das Personal oder die Infrastruktur selbstständig finanzieren. Deshalb werden die an Notfallpatienten erbrachten medizinischen Leistungen buchhalterisch nicht über die ZNS selbst, sondern über die Departemente Chirurgie oder Innere Medizin erfasst und in Rechnung gestellt. Das Management-Team verfügt zwar über ein bestimmtes Investitionsbudget, grössere Anschaffungen sowie der Ausbau von Stellen sind aber durch die Departemente 2, 3 und 4 zu genehmigen. Betriebswirtschaftlich ist die ZNS als Querschnittsbereich nicht eigenständig, sondern wird von den Departementen 2, 3 und 4 finanziert.

Dieses Organisations- und Führungsmodell hat aus der Wahrnehmung der Mitarbeitenden verschiedene Vor- und Nachteile (TB-74). Herausfordernd ist vor allem die *Fluktuation des*

ärztlichen Personals auf der Stufe der Unterassistenz-, Assistenz- sowie der Oberärztinnen. Abgesehen vom Management-Team gibt es auf der ZNS *kein fest angestelltes ärztliches Kaderpersonal*. Dies ist ein entscheidender Unterschied zu anderen Abteilungen des Spitals, wie z.B. der Intensivstation, die über fest angestellte Oberärzte verfügt. Die Fluktuation des ärztlichen Personals führt dazu, dass dieses immer wieder neu in die betriebliche Entscheidungs-Praxis der ZNS eingeführt werden muss. Des Weiteren werfen die Teilzeit-Pensen der zwei ärztlichen Management-Verantwortlichen der ZNS die Frage auf, wie hoch die Präsenz der ärztlichen Leitung im Alltag der ZNS sein soll und wie stark sie auf die fachliche und personelle Führung des ärztlichen Personals Einfluss nehmen können bzw. sollen (TB-74).

Die departementale Anbindung der ZNS führt im Gegenzug dazu, dass die Management-Verantwortlichen der ZNS aufgrund ihrer Doppelfunktionen und mehrfachen Verantwortlichkeiten *in den Entscheidungsgremien unterschiedlicher Departemente repräsentiert* sind. Die zwei ärztlichen Leiter der ZNS gehören gleichzeitig auch zum Kaderpersonal der Departemente Chirurgie und Innere Medizin. Die Pflegeleitung der ZNS ist mit allen anderen Pflegeleitungen des Zentrumsspitals im Departement 7 der Pflege und Fachsupporte vertreten. Die beiden ärztlichen Leiter und die Pflegeleitung sind zudem Mitglieder der Departementsleitung Anästhesie, Notfall, Intensivstation und Rettung (Departement 3). Dadurch können die Interessen der ZNS in insgesamt vier von neun Departementen des Spitals (Departement 2, 3, 4 und 7) repräsentiert werden. So kann z.B. über Beziehungsarbeit und bilaterale Absprachen verhindert werden, dass ein Personalabbau im Departement Chirurgie Einfluss auf die der ZNS zur Verfügung stehenden ärztlichen Ressourcen hat (TB-74). Die personellen Abgängigkeiten zwischen den Kerndepartementen sind aber dennoch spürbar: So kann ein kurzzeitiger Personalengpass von Oberärzten im Departement der Inneren Medizin zu einem Personalengpass von internistischen Oberärzten auf der ZNS führen. Nichtsdestotrotz scheint diese *breite Vernetzung der Management-Verantwortlichen* der ZNS in Entscheidungsgremien des Spitals von grosser Bedeutung zu sein, denn oftmals haben die Entscheidungen der Departemente 2, 3, 4 und 7 bezüglich Behandlungsstandards, Dienstleistungsausbau oder Ressourcenverfügbarkeiten Einfluss auf die betrieblichen Abläufe der ZNS.

Aufgrund dieses Organisationsmodells haben aber nicht nur die Management-Verantwortlichen der ZNS, sondern auch das ärztliche Personal der Departemente Chirurgie und Medizin *mehrfache Verantwortlichkeiten und Rollen*. Wenn chirurgische oder internistische Oberärzte auf der ZNS Dienst leisten, haben sie *gleichzeitig auch*

Aufgaben- und Tätigkeitsfelder in ihren Kerndepartementen zu erfüllen. Sie müssen auch während ihrer Notfalldienste auf Visite gehen, an Rapporten erscheinen, haben Sprechstundentermine oder betreuen parallel Patientinnen ihrer Fachabteilungen. Dies führt dazu, dass Oberärzte auch während ihrer Notfalldienste nicht immer vollzeitlich auf der ZNS anwesend sein können. Gleichzeitig kann aber über diese doppelten Verantwortlichkeiten sichergestellt werden, dass die Spezialisten der Kernbereiche Chirurgie und Medizin schnell in den Behandlungsprozess von Notfallpatientinnen involviert werden können. Gerade aufgrund des breiten Leistungsangebots der ZNS bei geringer Spezialisierungstiefe ist es wichtig, dass Spezialisten *früh* und je nach Notwendigkeit *schnell* in den Behandlungsprozess involviert werden. Dies wäre anders, wenn die ZNS eine betriebswirtschaftlich eigenständige Organisationseinheit wäre, die Leistungen von Spezialabteilungen des Zentrumsspitals «einkaufen» müsste (TB-74).

Diese Ausführungen zeigen, wie *komplex die organisationale Einbettung* der Notfallstation ist. Die hier diskutierten Vor- und Nachteile sind nicht abschliessend zu verstehen. Das Organisationsmodell der ZNS zeigt, wie stark die gegenseitigen Abhängigkeiten zwischen den Organisationseinheiten des Zentrumsspitals sind. So sind die Kerndepartemente Chirurgie und Medizin auf den Zustrom von Notfallpatienten für ihre Fachabteilungen angewiesen. Die ZNS hingegen ist auf die Kooperationsbereitschaft dieser Disziplinen hinsichtlich der Bereitstellung von Personal sowie der Verfügbarkeit von Spezialexpertise angewiesen. Für eine zeiteffiziente und qualitativ hochstehende Behandlung von Notfallpatienten stellt sich daher die Frage, hinsichtlich welcher Themen eine Notfallstation *organisatorische Eigenständigkeit und Entscheidungsautonomie* besitzen sollte, welche Verantwortlichkeiten die Disziplinen Chirurgie und Innere Medizin auf einem Notfall haben sollten, und wie die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Abteilungen zu regeln ist.

Es gibt in der Schweiz keinen Königsweg für die Organisation einer Notfallstation (Genewein, Jakob et al. 2009; Genewein, Jakob et al. 2007). Unabhängig von spezifischen Führungs- und Organisationsmodellen ist zwischen Mitarbeitenden unterschiedlicher Organisationseinheiten ein hohes Mass an *gegenseitiger Kooperationsbereitschaft* erforderlich, denn die zu erbringenden medizinischen Leistungen für die Behandlung von Notfallpatientinnen *stehen quer zu departementalen Organisationsstrukturen* und können nicht von einer Klinik alleine erbracht werden (siehe Abbildung 5).

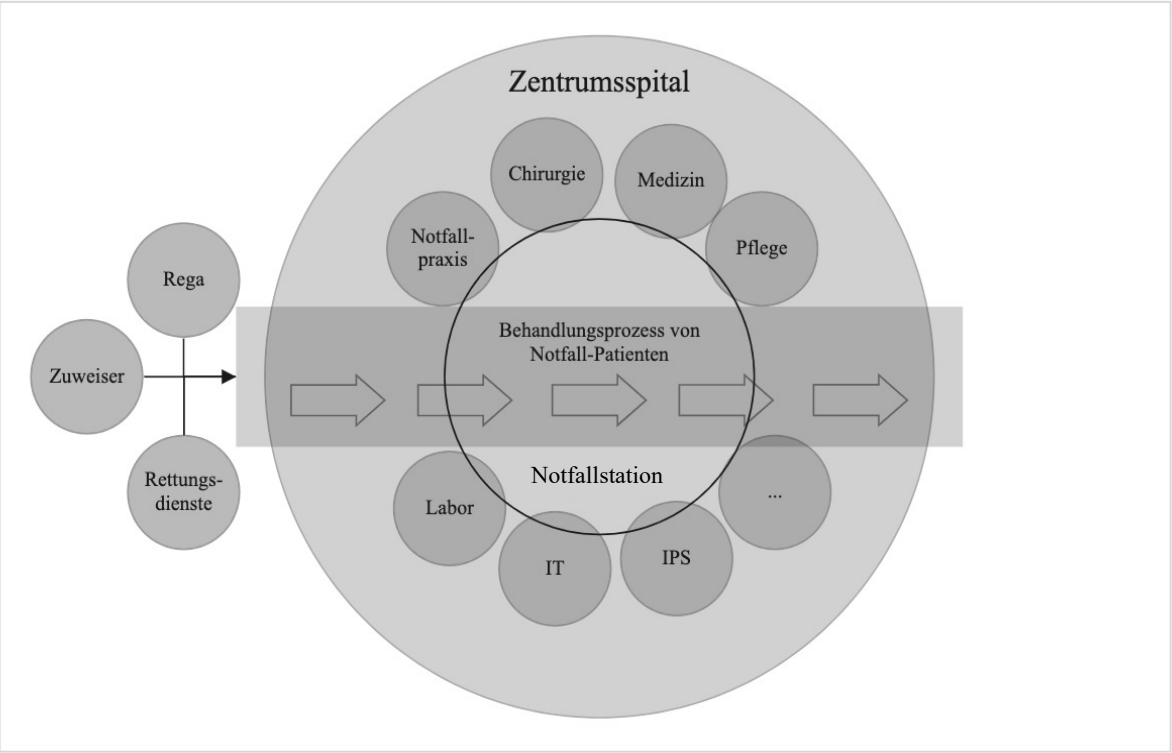

Abbildung 5: Der Behandlungsprozess von Notfallpatienten

Für die kompetente Behandlung von Notfallpatienten bedarf es daher *kollektiv akzeptierter Entscheidungsprozesse*. Der beschriebene organisationale Kontext der ZNS mit diffusen Mitgliedschaftsformen, verteilten Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten sowie zahlreichen prozessualen Abhängigkeiten entlang des Behandlungsprozesses erschweren allerdings den *Aufbau und die Weiterentwicklung kollektiver Entscheidungs-Praktiken* und stellen die Entscheidungsfähigkeit der ZNS auf die Probe.

7.4 Die Transformation der Notfallstation in drei Entwicklungsphasen

Im folgenden Kapitel wird die *zeitliche Entwicklung der Notfallstation* seit dem Jahr 2005 bis zum Ende der Datenerhebung im Frühjahr 2020 chronologisch geschildert. Diese Beschreibung erfolgt entlang von drei zentralen Entwicklungsphasen, die sich durch Meilensteine und unterschiedliche Schwerpunkte in den Entwicklungsanstrengungen voneinander unterscheiden lassen. Im Sinne einer *Einführung in die Fallstudie* wird versucht, den Entwicklungsprozess *deskriptiv darzustellen und (noch) keine theoretische Interpretation der Geschehnisse* anzubieten. Eine objektive und vollständige Beschreibung eines organisationalen Entwicklungsprozesses ist allerdings nicht möglich. Alleine durch die Einteilung von drei Entwicklungsphasen und der Markierung von Meilensteinen werden Setzungen gemacht, die immer auch anders hätten erfolgen können und nicht weniger

«wahr» oder «falsch» gewesen wären. Entwicklungsprozesse werden von Mitarbeitenden oftmals unterschiedlich wahrgenommen und vermeintlich objektive Fakten ex post anders interpretiert. Würde man drei Mitarbeitende bitten, die Entwicklungen der ZNS der letzten 15 Jahre zu schildern, würde man auch aufgrund ihrer spezifischen Wissensstände drei verschiedene Darstellungen und «Realitäten» erhalten. Verankert in empirischen Daten versucht die hier präsentierte Darstellung möglichst unterschiedlichen Interpretationen gerecht zu werden und die Entwicklung der Notfallstation aus der *Distanz einer neutralen Beobachterin* zu rekonstruieren. Es werden zentrale Entwicklungstendenzen der Notfallstation in Form einer *Gesamtschau* dargestellt. Dabei wird auch der organisationale Kontext, in den die ZNS eingebettet ist, berücksichtigt.

7.4.1 Entwicklungsphase 1: Aufbau des Organisations- und Führungsmodells (2006 – April 2015)

Das Spital, zu dem die Notfallstation gehört, entstand 2006 aus der Fusion dreier regionaler Spitäler. Aufgrund der strategischen Bedeutung der Notfallstation für das Zentrumsspital wurde *kontrovers über ihr Organisations- und Führungsmodell diskutiert* (I-IM-1). Von 2005 bis Anfang 2015 wurde die ZNS von einem leitenden Arzt der Inneren Medizin im 50%-Pensum und einem Pflegeleiter sowie dessen Stellvertreterin geleitet (I-IM-1). Die Disziplin Chirurgie war im damaligen Management-Team nicht vertreten. Laut Angaben des damaligen Management-Teams der ZNS war die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit des Systems eingeschränkt (I-IM-1). Mitarbeitende sprachen von einem *Führungsvakuum auf dem Notfall*, dessen Entscheidungsprozesse von den Kerndisziplinen Chirurgie und Medizin dominiert wurden (I-MA-1). Es herrschte allgemeine Unzufriedenheit mit dem gewachsenen Organisations- und Führungsmodell, das nicht mit der Komplexität einer modernen Notfallstation Schritt halten konnte. Der Arbeitsalltag war geprägt von Spannungen zwischen Berufsgruppen, betriebliche Abläufe waren unterspezifiziert und Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Berufsgruppen teilweise ungeklärt (I-PF-7, TB-19). Mitarbeitende beschrieben die ZNS als «verlassenes und führungsloses Schiff» (I-PF-7), «Mädchen für alles» (I-IM-1) oder als «Umschlagsplatz» (S-14). Das *Fehlen von verbindlichen Dienstleistungsvereinbarungen* zwischen der ZNS und anderen Organisationseinheiten machte es schwierig, den Patientenfluss auf der ZNS effizient zu gestalten. Dem damaligen Management-Team wurde *wenig Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Gestaltung der Entscheidungsprozesse* von den Departementen Medizin und Chirurgie zugestanden (TB-19). Eine von der ZNS durchgeführte Informationsveranstaltung zur Planung der bevorstehenden Wintersaison unter Beteiligung von chirurgischen Oberärzten führte zu

grossen Protesten im Departement Chirurgie, da die Management-Verantwortlichen der ZNS nicht befugt waren, eigene Sitzungen einzuberufen und die zeitlichen Ressourcen des chirurgischen Personals zu beanspruchen (I-IM-1). Auch aufgrund der *steigenden Patientenzahlen bei unveränderten infrastrukturellen Bedingungen* erreichte die Notfallstation ihre Kapazitätsgrenze. Die Krise gelangte im Spätsommer 2014 zu einem Höhepunkt, als das Pflegepersonal in einem Brief an die GL berichtete, dass der operative Betrieb kaum mehr aufrechterhalten werden kann und eine Massenkündigung droht.

Im Rahmen der spitalweiten Implementierung von «Lean Hospital» wurde die Notfallstation schliesslich zu einem von fünf prioritär anzugehenden Pilotprojekten erklärt (D-78). Mit externen Beratern wurden die betrieblichen Abläufe überprüft und ein sogenanntes *Notfallflusskonzept* implementiert (TB-19). Um Behandlungsprozesse effizienter zu gestalten, wurde die *medizinische Team-Evaluation* (MTE) eingeführt, bei der das Pflegepersonal und Ärztinnen einen neu eintretenden Patienten zusammen beurteilen und die weitere Behandlung planen (I-PF-1). Zur Entlastung des ärztlichen Personals wurden MPAs angestellt (TB-19). Da sie keine klaren Aufgabenfelder zugesprochen bekamen, verschärfte sich der Konflikt im Pflegeteam (I-MA-1). Die Pflegeleitung verlor im Jahr 2014 zunehmend den Rückhalt des Personals (I-MA-1). Die interprofessionellen Konflikte wurden mit einem externen Moderator angegangen (I-C-1). Zugleich scheiterte die medizinische Team-Evaluation und wurde eingestellt (TB-1).

Parallel zu diesen Entwicklungen fanden vom Juli 2014 bis Februar 2015 sogenannte «Struktursitzungen» statt, in denen ein notfallübergreifendes Projektteam Varianten für *künftige Organisations- und Führungsmodelle* entwickelte (TB-1, TB-2, TB-3). Ziel dabei war es, ein Organisationsmodell zu finden, das es dem Notfall ermöglicht, autonom über eigene Entscheidungsabläufe zu entscheiden und dabei gleichzeitig die Departemente Medizin und Chirurgie adäquat in den Notfall zu integrieren. Der Balanceakt bestand darin, den Einfluss der Departemente Medizin und Chirurgie auf die Entscheidungsprozesse des Notfalls zu reduzieren, gleichzeitig aber ihre Kollaborationsbereitschaft aufrechtzuhalten (TB-2, I-C-1, I-PF-1). Entsprechend den Empfehlungen des Projektteams entschied sich die GL für eine *departementale Anbindung der Notfallstation* sowie einer neuen Zusammensetzung des Management-Teams, bestehend aus einem Chefarzt, einem stellvertretenden ärztlichen Leiter und einer Pflegeleitung (D-78).

Das Management-Team wurde personell neu besetzt und war im April 2015 vollständig (D-78). Es wurde versucht, die Arbeitsfähigkeit des Pflegeteams im Rahmen von Mitarbeiterworkshops wieder herzustellen (I-C-2). Anfangs des Jahres 2015 begannen die Management-Verantwortlichen ihre strategischen und operativen Anliegen in

regelmässigen Sitzungen zu thematisieren und es etablierte sich eine alle *zwei Wochen stattfindende Kommunikationsplattform* (TB-19). Diese Veränderungen erlaubten es, das Dienstleistungsangebot, die Aufgabenbereiche und die Rolle der ZNS innerhalb des Zentrumsspitals zu klären. Mit relevanten Fachabteilungen wie der Anästhesie, Intensivmedizin und den chirurgischen und internistischen Bettenstationen wurden Kooperationsvereinbarungen definiert.

Diese erste Entwicklungsphase stand im Zeichen des *Aufbaus einer förderlichen Führungs- und Organisationsstruktur*. Dieser Aufbau war im April 2015 noch nicht abgeschlossen. Mit der Besetzung des neuen Management-Teams sowie der Aufwertung der Position der ZNS innerhalb des Spitals durch den Vorsitz eines Chefarztes wurde jedoch eine wichtige Voraussetzung geschaffen, um die Entscheidungsprozesse der ZNS gestalten zu können, eine eigene Entscheidungsfähigkeit aufzubauen und um den Notfall auf den Weg einer «regelbasierten» Organisation zu bringen.

7.4.2 Entwicklungsphase 2: Auf dem Weg zu einer «regelbasierten Organisation» (Mai 2015 – November 2017)

In einer zweiten Phase wurden zahlreiche betriebliche Abläufe evaluiert und neu gestaltet. Das Schockraum-Konzept, die Triage, der Fast-Track Behandlungsprozess, das digitale Anamneseverfahren, das ambulante Berichtwesen, die Patientenaufnahme sowie Formen des interdisziplinären Informationsaustausches sind Beispiele dafür (D-78). Das Ziel all dieser Entwicklungsanstrengungen war es, *personenunabhängige und kollektiv geteilte Formen der Entscheidungsfindung* zu erarbeiten, weshalb diese zweite Phase in Anlehnung an Rüegg-Stürm & Bieger (2012) als Aufbau einer «regelbasierten Organisation» bezeichnet wird. Dabei standen nicht nur interne Prozesse, sondern auch Entscheidungs-Praktiken und Leistungsvereinbarungen an den Schnittstellen der ZNS im Fokus der Entwicklungsarbeiten. Im November 2017 wurde das erste *Betriebskonzept* der Notfallstation verabschiedet, in dem die neu definierten Entscheidungsprozesse verschriftlich wurden (D-78). Die Entwicklungsarbeiten waren damit noch nicht beendet, nichtsdestotrotz markiert die Verabschiedung des Betriebskonzepts einen wichtigen Meilenstein.

Herausfordernd bei der Entwicklung regelbasierter Entscheidungs-Praktiken war der Umstand, dass diese nicht isoliert gestaltet werden konnten, sondern stark ineinander verzahnt und von vor- und nachgelagerten Aktivitäten abhängig waren. Da die Triage für das Funktionieren aller nachgelagerten Entscheidungs-Praktiken entlang des Patientenpfades relevant ist, wurde dieser Prozess mit Start der Projektgruppe im Juli 2015

priorisiert (D-12, D-14). In dieser zweiten Entwicklungsphase veränderten sich auch die *Bedingungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit* weitgehend. Im Sommer 2016 wurden Arbeitsgruppen beauftragt, die Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereiche der Notfall-Pflege und der wachsenden Berufsgruppe der MPAs zu definieren (TB-28, D-49). In verschiedenen Workshops und Informationsveranstaltungen wurde die *Arbeitsteilung* zwischen den unterschiedlichen Pflegeberufen geklärt und mit dem ärztlichen Personal abgestimmt (D-49). Gerade auch die *Integration der relativ neuen Berufsgruppe der MPA* war eine wichtige Voraussetzung, um anstehende Veränderungsprozesse wie das ambulante Berichtwesen oder die Patientenaufnahme umsetzen zu können. Zudem wurde versucht, die Präsenz des ärztlichen Personals der Departemente Chirurgie und Medizin auf dem Notfall zu erhöhen, um den Pflegemitarbeitenden ärztliche Ansprechpersonen zur Verfügung zu stellen und um Entscheidungsprozesse zu beschleunigen (TB-26). Wegweisend für den verbesserten Informationsaustausch zwischen Berufsgruppen war die voranschreitende Digitalisierung von Arbeitsprozessen mit der *Einführung des sogenannten «Stationsmanagers»* anfangs 2016. Dank des Stationsmanagers konnten Patientenpfade für alle sichtbar visualisiert und einzelne Behandlungsprozesse digital abgebildet werden. In Kombination mit der *gestärkten Rolle einer tagesverantwortlichen Notfallpflege*, die für die Koordination des Patientenprozesses zuständig gemacht wurde (TB-49), konnten die räumlich und zeitlich getrennt stattfindenden Arbeitsabläufe besser aufeinander abgestimmt werden. Sofern sie nicht zusammen eine Patientin betreuten, arbeiteten Pflegemitarbeitende und Ärzte räumlich voneinander getrennt. Daher sollte der tagesaktuelle Informationsaustausch zwischen diesen Berufsgruppen künftig nicht mehr spontan, sondern in einer standardisierten Weise erfolgen. Ab 2017 wurde daher versucht, einen regelmässig stattfindenden interdisziplinärer Informationsaustausch, das sogenannte «Koordinationsupdate», in den Arbeitsalltag zu integrieren.

Parallel zur Entstehung *einer auf Regeln basierenden Zusammenarbeit* entwickelte sich auch die Entscheidungs-Praxis im Management-Team kontinuierlich weiter. Im April 2017 wurde das Team durch eine Oberärztin der Chirurgie ergänzt, um die Entscheidungen des Management-Teams auf breiterer Basis abstützen zu können (TB-43). Im Juli 2017 wurde beschlossen, dass das Team mit einer leitenden MPA zu komplementieren sei, da diese Berufsgruppe für die Weiterentwicklung der ZNS immer wichtiger wurde (D-83, TB-49). Neben den zweiwöchigen Sitzungen des Management-Teams wurden ab Januar 2016 *zusätzliche Kommunikationsgefässe* durch halbjährliche bzw. jährliche Strategie-Retraiten geschaffen (TB-20). Es entstanden Traktanden- und Pendenzlisten und Sitzungen wurden

systematisch protokolliert (D-58, TB-20). Die *Vergrösserung und Professionalisierung des Management-Teams* wurde auch deshalb nötig, weil durch die angestossenen Veränderungsprozesse eine Vielzahl an zu bearbeitenden Fragestellungen entstanden sind (RW-3).

Die Vernetzung des Management-Teams und ihre mehrfachen Verantwortlichkeiten in den Entscheidungsgremien des Spitals eröffnete neue Möglichkeiten, um die *Prozesse an den Schnittstellen der ZNS in regelbasierte Kooperationen* zu überführen (I-C-2). So erarbeiteten die Management-Verantwortlichen und Entscheidungsträger der Radiologie *gemeinsame Kooperationsvereinbarungen* bezüglich der Präsenz der Radiologie auf der ZNS, der elektiven Nutzung des CTs im Schockraum sowie des Ablaufs für Befundungen von Röntgenbildern (TB-14). Mit den Rettungsdiensten wurde die Übergabe von Patienten an die ZNS standardisiert (D-23, D-32) und der Prozess von internen Patientenverlegungen von den Bettenstationen auf die ZNS wurde geregelt (D-59). Mit der Intensivstation wurde definiert, welche Patienten auf dem Notfall oder der Intensivstation betreut werden und wie Verlegungen zu organisieren sind (TB-34).

Zusammenfassend kann für diese zweite Entwicklungsphase gesagt werden, dass die *Erarbeitung regel- und personenunabhängiger Entscheidungsprozesse* im Fokus stand, sowohl bezüglich interner Abläufe als auch hinsichtlich der Schnittstellen der Notfallstation. Vorangetrieben wurden diese Entwicklungsarbeiten durch das interdisziplinäre Management-Team, in dem die Perspektiven unterschiedlicher Berufsgruppen und Organisationseinheiten repräsentiert, ausgehandelt und abgestimmt wurden. Das Management-Team avancierte nach und nach zu einem relevanten und legitimen Entscheidungsträger. Der Notfall konnte sich allmählich von seiner Rolle des «Abfalleimers» emanzipieren und eine eigene Entscheidungsfähigkeit aufbauen.

7.4.3 Entwicklungsphase 3: Stabilisierung der «regelbasierten Organisation» (Dezember 2017 – Februar 2020)

Der Aufbau einer «regelbasierten Organisation» war Ende 2017 mit der Verabschiedung des Betriebskonzepts nicht abgeschlossen. Die in der zweiten Phase erarbeiteten Entscheidungs-Praktiken mussten in einer dritten Entwicklungsphase auf ihre Funktionalität überprüft, aufeinander abgestimmt und in den Arbeitsalltag etabliert werden. Das Management-Team sprach anfangs 2018 davon, dass die erarbeiteten Konzepte zu «konsolidieren» sind und der organisationale Betrieb «stabilisiert» werden muss (D-83), weshalb diese dritte Phase als Stabilisierung der «regelbasierten Organisation» bezeichnet wird.

Nachdem einzelne Entscheidungs-Praktiken wie die Triage oder Patientenanmeldung offiziell im Betriebskonzept verabschiedet wurden, erklärte das Management-Team im Frühjahr 2018 die *«Konsolidierung» und «Stabilisierung» des Arbeitsalltages* zum strategischen Ziel (TB-74). Damit war gemeint, dass die definierten Entscheidungs-Praktiken stärker kollektiviert werden müssen (TB-74). Aufgrund der organisationalen Vernetzung der ZNS mit dem Spital war die Stabilisierung der «regelbasierten Organisation» ein anspruchsvoller Prozess. Die Interpretation und Ausführung von Praktiken mussten mit Mitarbeitenden thematisiert und eingeübt werden. Eine *dynamische Stabilisierung von Entscheidungs-Praktiken* konnte insbesondere bei der Triage und beim Koordinationsupdate beobachtet werden. Es waren auch Veränderungen in anderen Entscheidungs-Praktiken, die eine Anpassung dieser zwei Entscheidungsprozesse notwendig gemacht haben. Veränderte «Versionen» von Entscheidungs-Praktiken mussten immer wieder kollektiviert werden.

Die sich einstellende dynamische Stabilisierung der «regelbasierten Organisation» und die Verankerung von Entscheidungs-Praktiken im Arbeitsalltag wurden vom Management-Team über Sitzungen, Schulungen und bilaterale Gespräche laufend beobachtet. Die *fehlende kommunikative Erreichbarkeit von Mitarbeitenden* wurde dabei als Hindernis wahrgenommen (TB-74). Die *Rotationen des ärztlichen Personals* sowie die *Komplexität des Schichtbetriebs* führten zur Frage, welche Personen überhaupt zu schulen und über Veränderungen in Arbeitsabläufen zu informieren sind. Ab September 2018 wurde deshalb vermehrt versucht, die rotierenden Oberärztinnen stärker auszubilden (TB-74). Neue Oberärzte wurden daraufhin vom Management-Team begleitet und in die spezifischen Entscheidungsprozesse der Notfallstation eingeführt (D-103, I-C-12).

Neben der dynamischen Stabilisierung der Entscheidungs-Praxis ist die ZNS in dieser dritten Entwicklungsphase auch von *Wachstum* geprägt, vor allem hinsichtlich Personal und Fallzahlen. Das Pflege-Team wurde sukzessive vergrössert, sodass im Februar 2020 circa 45 Pflegefachpersonen auf dem Notfall arbeiteten, davon circa 12 MPAs. Trotz dieses Personalausbaus führte das konstante Fallwachstum zu räumlichen und infrastrukturellen Engpässen, vor allem in den Wintermonaten (TB-80, D83). Auf Antrag des Management-Teams der ZNS stimmte die GL des Spitals im März 2019 einer *räumlichen Erweiterung der Notfallstation* im Jahr 2020 zu (TB-82).

Um den Notfall weiter zu entlasten und um das Leistungsangebot des Zentrumsspitals auszubauen, wurde der *Aufbau einer hausärztlichen Notfallpraxis* (NFP) in Angriff genommen. Nach kontroversen Diskussionen zwischen dem Zentrumsspital und dem regional ansässigen Hausärzteverein wurde im Frühjahr 2018 entschieden, dass eine

rechtlich eigenständige Notfallpraxis in den Räumen des Zentrumsspitals aufgebaut werden soll (D-121, D-85). Die hausärztliche Notfallpraxis sollte vor allem zur *Entlastung der ZNS* von leicht erkrankten bzw. leicht verletzten Patienten beitragen. Gleichzeitig entstanden zusätzliche Schnittstellen und die etablierten Entscheidungsprozesse, insbesondere Triage und Patientenanmeldung, mussten erneut angepasst werden (D-1569). Da in der Hausarztpraxis die MPAs der ZNS Dienst leisteten, mussten Aufgabenbereich und Kompetenzen dieser Berufsgruppen erneut überdacht werden. Für den Betrieb der Notfallpraxis wurden im November 2018 zusätzliche Stellen gesprochen und das MPA-Team der ZNS wurde durch eine leitende MPA mit Zuständigkeitsbereich NFP gestärkt (D-106). Die Umwelt der ZNS differenzierte sich nicht nur über die Hausarztpraxis weiter aus, sondern auch über den Aufbau einer *Intermediate Care Unit* (IMC), einer zusätzlichen Überwachungsstation, die als Bindeglied zwischen der Intensivstation, dem Notfall und anderen Abteilungen fungiert. Die Jahre 2018 bis anfangs 2020 waren somit von *Wachstum der ZNS* als auch vom *Leistungsausbau in der Umwelt der Notfallstation* geprägt, von denen die Abläufe und Prozesse der ZNS stets mitbetroffen waren.

Zusammenfassend kann für diese dritte Entwicklungsphase gesagt werden, dass die in der zweiten Phase *erarbeiteten Entscheidungs-Praktiken dynamisch stabilisiert, weiterentwickelt und kollektiviert* wurden. Aufgrund der Dynamik des Tagesgeschehens und den Veränderungen im organisationalen Kontext, z.B. hinsichtlich des Ausbaus von Dienstleistungen und der Formierung neuer Organisationseinheiten wie der NFP, mussten einmal erarbeitete Formen der Entscheidungsfindung laufend angepasst und erneut kollektiviert werden. Die Funktion der Management-Verantwortlichen bestand in dieser dritten Phase darin, Voraussetzungen zu schaffen, damit Entscheidungs-Praktiken stabilisiert und gleichzeitig den sich verändernden Bedingungen angepasst werden können.

8. Die Entstehung einer Entscheidungs-Praxis: Prozesse der Öffnung und Schliessung in den drei Entwicklungsphasen

Nachdem in die Fallstudie eingeführt wurde, wird in diesem Kapitel 8 die empirische Analyse präsentiert. Dabei wird chronologisch und entlang der drei Entwicklungsphasen vorgegangen. In den Kapiteln 8.1, 8.2 und 8.3 werden die Prozesse der Öffnung und Schliessung in den drei Entwicklungsphasen dargestellt. Anhand der Entwicklung einzelner Entscheidungs-Praktiken wird gezeigt, wie sich eine organisationale Entscheidungsfähigkeit über die Zeit etablierte. Dabei wird dargestellt, welchen Einfluss die *fortlaufende Verfertigung und reflexive Gestaltung* von Grenzen hat. Die Darstellung der empirischen Analyse erfolgt, wann immer es die Argumentation zulässt, im Dreischritt «Beschreiben – Erklären – Verstehen» (Simon 2018, 2006): In einem ersten Schritt wird eine konkrete Entwicklung, z.B. jener einer neuen Entscheidungs-Praktik, *deskriptiv rekonstruiert*. In einem zweiten Schritt werden diese Geschehnisse aus der hier entwickelten systemtheoretischen und praxistheoretischen Perspektive *erklärt*. In einem dritten Schritt werden in einer zusammenfassenden Reflexion die wichtigsten Aussagen festgehalten und interpretiert. Die zentralen Erkenntnisse der Kapitel 8.1, 8.2 und 8.3 werden schliesslich zusammengefasst, um das beschriebene Phänomen *verstehen* zu können und um Antworten auf die hergeleitete Forschungsfrage zu finden.

8.1 Prozesse der Öffnung und Schliessung in Entwicklungsphase 1

Zu Beginn der ersten Entwicklungsphase waren auf der Notfallstation «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) gering ausgeprägt. Dies erschwerte den Aufbau einer organisationalen Entscheidungs-Praxis. Im Kapitel 8.1.1 wird dies am Versuch der Einführung der Medizinischen Team-Evaluation (MTE) demonstriert. Im Kapitel 8.1.2 wird gezeigt, dass sich am Ende dieser ersten Entwicklungsphase eine *neue Entscheidungsinstanz* formierte, die über die reflexive Gestaltung von Grenzen die Voraussetzung für den Aufbau einer eigenen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit schuf. Im Kapitel 8.1.3 werden die wichtigsten Erkenntnisse dieser Entwicklungsphase vor dem Hintergrund der hier angewendeten Theoriebrille zusammengefasst.

8.1.1 Wie die Einführung einer neuen Entscheidungs-Praktik scheitert

Im Rahmen der spitalweiten Lean Management-Initiative wurde im Sommer 2014 eine Projektgruppe ins Leben gerufen, die zusammen mit den externen Beratern die Umsetzung einer Medizinischen Team-Evaluation (MTE) in Angriff nahm (I-PF-1). Ziel war es, dass ab der Wintersaison 2014/2015 neu eintretende Notfallpatienten durch ein

interdisziplinäres Notfallteam, bestehend aus Oberärztinnen und Assistenzärzten sowie einer Person der Notfallpflege, gemeinsam die Erstbeurteilung übernehmen und den weiteren Behandlungsprozess koordinieren (I-PF-19). Bei der MTE erfolgt eine Triage durch eine Pflegefachperson; ein Arzt ermittelt parallel dazu eine erste Verdachtsdiagnose und initiiert ärztliche Verordnungen, wie z.B. Röntgenbilder oder Labortests (Walker & Betz 2013: 102). Auf eine vollständige Befragung und Untersuchung des Patienten wird zu diesem Zeitpunkt aber verzichtet (Walker & Betz 2013: 102). Über diese interdisziplinäre Erstbeurteilung soll die Planung der verteilt stattfindenden Aktivitäten der Pflegefachpersonen und des ärztlichen Personals erleichtert und der Behandlungsprozess beschleunigt werden (TB-15):

> «Die Idee ist, dass eigentlich jeder Patient, der in den Notfall kommt, über die MTE-Koje geht und dass man dort mit den Oberärzten und der Pflege zusammen als Team den Patienten erstbeurteilt und alle Untersuchungen schon in die Wege leitet» (I-C-4).

Neben der neuen Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen mussten zunächst auch *infrastrukturelle Anpassungen* erfolgen und ein neuer Behandlungsraum geschaffen werden (D-41). Die Projektgruppe erstellte eine Checkliste, die dem Behandlungsteam als Hilfestellung für die Patientenbefragung und Erstbeurteilung diente (I-IM-19). Für die Dokumentation in der neuen Koje wurden mobile Computerstationen angeschafft. In Zukunft soll die Übergabe von «liegenden Notfallpatienten», die via Rettungsdienste auf die Notfallstation kommen, in diesem separaten Behandlungsraum stattfinden (D-41). Es soll eine «ruhige» Informationsübergabe zwischen externen Rettungsdiensten und dem nachgelagerten Behandlungsteam der ZNS ausserhalb des hektischen Betriebs, aber in deren räumlicher Nähe ermöglicht werden (TB-3). Ende Sommer 2014 wurden mehrere Pilotversuche gestartet. Es stellte sich heraus, dass sich die neue Entscheidungs-Praktik nicht wie vom Projektteam angedacht umsetzen liess. Mitarbeitende berichteten, dass die medizinische Team-Evaluation nicht stattfand und der neue Behandlungsraum nicht bzw. für andere Behandlungsaktivitäten genutzt wurde (TB-2). Die Mitarbeitenden hatten unterschiedliche Erklärungsansätze, warum sich die MTE-Koje nicht bewährte: Zum einen sei der Behandlungsraum zu klein und zwischen der Rettung und der Notfallstation gab es keine standardisierte Patientenübergabe, die in der MTE-Koje hätte durchgeführt werden können (TB-3). Laut den Pflegemitarbeitenden «unterlaufen» die Rettungsdienste die MTE-Koje und bringen die Notfallpatienten direkt in die Behandlungsräume der Notfallstation (TB-3). Vor allem dann, wenn mehrere Patienten gleichzeitig mit der Rettung eingeliefert wurden, war die sequentielle Behandlung dieser Notfälle in nur einer Koje aus

der Perspektive der Mitarbeitenden nicht praktikabel (I-IM-2). Das Hauptproblem war laut den Mitarbeitenden die fehlende Präsenz des ärztlichen Personals (I-PF-11). Weil es keine hauptberuflichen Notfallärztinnen gab und Oberärzte während Notfalldiensten gleichzeitig auch auf den Departementen der Chirurgie bzw. der Inneren Medizin Dienst leisteten, waren ihre zeitlichen Kapazitäten beschränkt. Notfallpatienten traten aber meist ungeplant in den Notfall ein, der ZNS stand aber kein dauerhaft anwesender Facharzt für die MTE zur Verfügung. Aufgrund von schnell wechselnden Verantwortlichkeiten war für das Behandlungsteam unklar, welcher Oberarzt aktuell die Tagesverantwortung trägt und in der MTE anwesend sein müsste (TB-3). Auch die Frage, welche personellen Ressourcen in der MTE-Koje zur Verfügung stehen sollen, wurde kontrovers diskutiert. Es gab heterogene Meinungen darüber, ob die Erstbeurteilung durch Oberärzte, Assistenzärzte oder Unterassistenten erfolgen soll. Ein Oberarzt berichtete, dass die MTE von ärztlicher Seite als ineffizient wahrgenommen wurde und diese Behandlungsroutine im Verlauf des Jahres 2014 immer mehr an Akzeptanz verlor:

> «Wir haben versucht, [die MTE] wirklich konsequent durchzuziehen, aber es kam dann so weit, dass es abstruse Situationen gegeben hat. Dass zum Beispiel ein Patient mit einem Harnwegsinfekt reinkam, als wir MTE machen wollten, und dann haben Kaderarzt, Assistenzarzt, Unterassistent und die Pflege gewartet, bis der Patient vom WC zurück war, damit wir ihn initial beurteilen können» (I-IM-2).

Eine weitere Problematik stellte sich aufgrund der Einteilung von Patienten in entweder «internistische» oder «chirurgische» Notfallpatienten, denn das geplante MTE-Konzept ging davon aus, dass Notfallpatienten *von einem interdisziplinären Facharzt* beurteilt werden (I-IM-1). Notfallpatienten auf der ZNS werden aber in «chirurgische» oder «internistische» Patienten eingeteilt und vom ärztlichen Personal des entsprechenden Departements behandelt. Somit hätte es zwei separat agierende MTE-Behandlungsteams und Räume gebraucht:

> «Wir [Ärzte] konnten und wollten die MTE nicht umsetzen. […] Weil dazu bräuchte es einen Facharzt. […] Wem traut man das zu? Dieser müsste die MTE dann ja für alle Patienten machen können. Weil wenn die MTE nochmals pro Klinik [Chirurgie und Medizin] aufgeteilt wird, dann bräuchten wir ja zwei. Dann wird es ja immer absurder. Und wenn die MTE jeweils ein Facharzt macht, wer ist das dann? Ein Chirurg? Ein Internist? Aber in der Konzeption der MTE-Koje, da gibt es keine medizinischen oder chirurgischen Patienten, es gibt

> einfach nur Notfallpatienten. Und dieser Notfallpatient geht in die MTE-Koje und das Behandlungsteam entscheidet über den weiteren Verlauf. Und das war bei uns schon von Anfang an nicht möglich [...]» (I-IM-1).

Aufgrund dieser Probleme *wurde die Durchführung der MTE modifiziert*. Die Verantwortung über die Erstbeurteilung von neu eintretenden Notfall-Patientinnen wurde an die Departemente Chirurgie und an die Innere Medizin abgegeben: Die ärztliche Erstbeurteilung *fand schliesslich ortsunabhängig* und *ohne die Beteiligung der Notfall-Pflege* zwischen chirurgischen bzw. internistischen Ober- und Assistenzärzten statt (TB-3, I-IM-1). Trotz des Versuchs, die MTE auf die lokalen Gegebenheiten der ZNS anzupassen, stiess dieser Behandlungsprozess bei den Mitarbeitenden auf wenig Akzeptanz und wurde schliesslich eingestellt. Das ärztliche Kaderpersonal weigerte sich, an der MTE teilzunehmen und setzte sich aktiv für deren Abschaffung ein (I-C-7). Auch die Pflegemitarbeitenden empfanden die MTE als wenig praktikabel:

> «Aber das mit dem MTE hat sich nicht durchgesetzt. Das wurde wieder abgeschafft. Einerseits, weil es uns viel zu viel Zeit kostet. Wir [die Pflegemitarbeitenden] mussten immer warten bis der Arzt den Patienten fertig untersucht und eingeschätzt hatte, wir konnten nicht einfach weiterarbeiten. Und andererseits auch, weil die Ärzte da nicht mitspielten. Wenn sie an einem Patienten in der MTE-Koje dran waren und dann die Rega kam, dann konnten sie nicht einfach der Rega sagen, ich kann jetzt nicht. Dann mussten sie wieder weg. Das hat sie auch Zeit gekostet. Die Chirurgen sind einfach nicht gekommen, die Mediziner nur noch sporadisch und am Ende waren es nur noch wir» (I-PF-2).

Die MTE-Koje wurde in der Folge umfunktioniert und schliesslich mehrheitlich von Pflegefachmitarbeitenden für die Durchführung der Triage und der pflegerischen Erstbeurteilung genutzt. Rückblickend wird der Versuch der Einführung einer MTE von vielen Mitarbeitenden negativ bewertet und als «Scheitern» bezeichnet:

> «Ich will da niemandem die Schuld in die Schuhe schieben, aber das war irgendwie ein Planungsfehler. Das war nicht durchdacht» (I-C-4).

Die Einführung der MTE und deren Entwicklung im Sommer 2014 wird in der untenstehenden Abbildung 6 zur Darstellung gebracht.

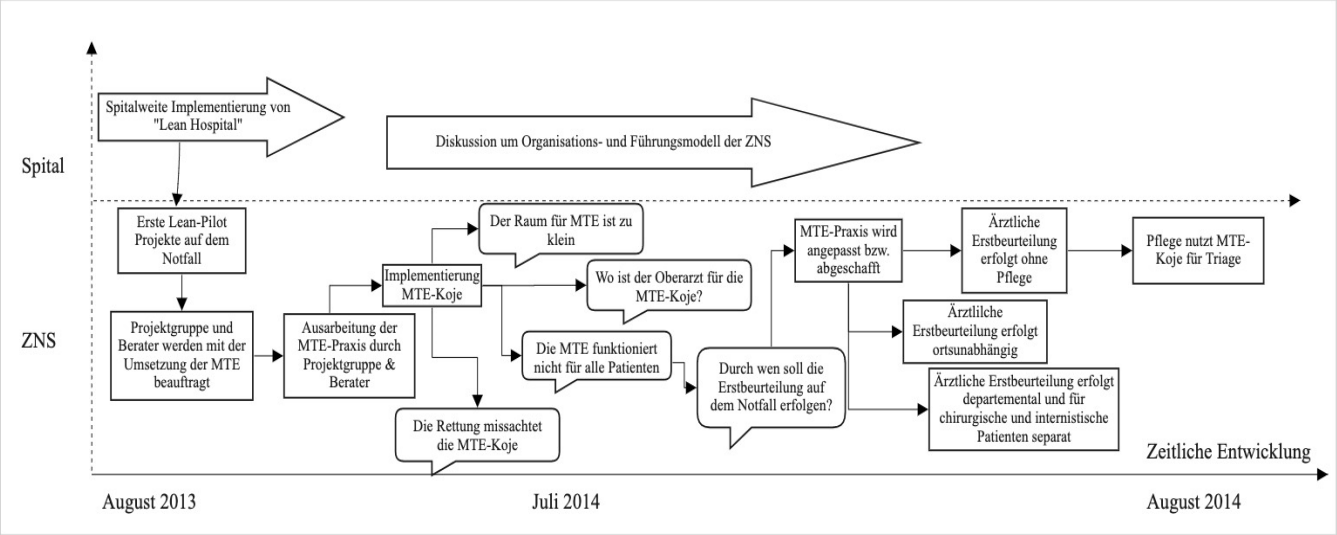

Abbildung 6: Zeitliche Entwicklung der Medizinischen Team-Evaluation

Interpretation aus einer theoretischen Perspektive

Aus einer systemtheoretischen Perspektive kann der Versuch der Implementierung der MTE als Versuch der «*Programmierung» bzw. Gestaltung von Entscheidungen* interpretiert werden. Indem formalisiert wird, wie Entscheidungen bezüglich der Erstbeurteilung von Patienten durch das interdisziplinäre Behandlungsteam der ZNS zu erfolgen hat, kann der *Variationsbereich von Entscheidungen eingeschränkt* und eine strukturelle Invarianz aufgebaut werden (Luhmann 2018: 299). Die Einführung einer MTE kann somit als Versuch des Aufbauens von personenunabhängigen Strukturen verstanden werden. Es wurde versucht zu definieren, *wer* (Pflegefachperson, Oberarzt und Assistenzarzt), *wann* (bei Eintritt neuer Notfallpatienten), *wo* (MTE-Koje) über *was* (Erstbeurteilung, ärztliche Verordnungen, Planung des Spitalaufenthalts) entscheidet. Eine funktionierende MTE hätte es ermöglicht, Komplexität in einem frühen Zeitpunkt des Behandlungsprozesses zu reduzieren und den Möglichkeitsraum an potenziell aufeinanderfolgenden Entscheidungen einzuschränken (Luhmann 1992: 172). So wären «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) entstanden, da sich interne und externe Mitarbeitende (z.B. Mitarbeitende der Rettungsdienste, Pflegemitarbeitende und ärztliches Personal) gegenseitig unterstellen können, in welcher Form die Erstbeurteilung von Patienten durchzuführen ist und welche daran anschliessenden Entscheidungen zu bearbeiten sind.

Eine strukturelle Ausdifferenzierung der ZNS und eine organisationsspezifische Form, Entscheidungen zu prozessieren, konnte sich zu diesem Zeitpunkt nicht einstellen. Bei der Einführung der neuen Entscheidungs-Praktik im Sommer 2014 wurde *parallel dazu das*

Organisations- und Führungsmodell der ZNS neu gestaltet. Die ZNS verfügte deshalb (noch) nicht über ein Management-Team, das befugt war, über die Gestaltung von Entscheidungen zu entscheiden. Vielmehr erfolgte die Einführung einer neuen Entscheidungs-Praktik fremdbestimmt und von «ausserhalb» des Systems der ZNS. Die Einführung der MTE wurde von einem externen Beratungsteam vorangetrieben. Die ZNS verfügte noch nicht *über einen legitimen «Repräsentanten» des Systems*, der gemeinsam mit den Beratern eine auf die spezifischen Gegebenheiten passende Entscheidungs-Praktik hätte gestalten können. So stand der durch die GL beauftragte Arbeitsgruppe *keine eigentliche Ansprechperson innerhalb der ZNS* zur Verfügung. Die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der ZNS war zum damaligen Zeitpunkt eingeschränkt. Über das Tempo der Einführung der neuen Entscheidungs-Praktik entschied nicht die ZNS selbst, sondern die externe Arbeitsgruppe, wie die zwei untenstehenden Zitate der später eingesetzten Management-Verantwortlichen zeigen:

> «Wir haben immer mit der Peitsche eins draufbekommen – entweder vom Berater mit der kleinen Peitsche, und wenn das nichts geholfen hat, von seinem Vorgesetzten [Chef der Beratungsunternehmung] mit der grossen Peitsche – wenn es nicht gelaufen ist. Es ging immer nur ums Tempo» (TB-3).

> «Ich glaube, [die Einführung der MTE] war halt eine Hauruck-Aktion. Man hat sich gedacht, von der Spitalsleitung könnte ich mir vorstellen, dass wir das jetzt brauchen. Das muss jetzt durchgezogen werden. Man muss die MTE-Koje bauen, man muss die Computer hierher tun» (I-IM-2).

Die Gestaltung von Entscheidungsprozessen und auch der Zeitplan der Einführung neuer Entscheidungs-Praktiken *wird von Akteuren ausserhalb der Notfallstation dominiert*. Es ist in diesem Sinne die Umwelt, die über die Art und Weise entscheidet, wie Entscheidungen innerhalb der ZNS erfolgen. Dazu ist allerdings zu sagen, dass sich eine Trennung zwischen System und Umwelt erst gerade formiert bzw. noch nicht klar beobachtbar ist. Auf dem Notfall gab es keinen anerkannten «Agenten» des Systems, dem zugeschrieben wird, im Auftrag der ZNS handeln und entscheiden zu können. Eine eigene Entscheidungsfähigkeit des «System Notfalls» ist nicht erkennbar. Nicht nur die *Einführung* und *konkrete Gestaltung* einer neuen Entscheidungs-Praktik erfolgten fremdbestimmt, sondern auch die *Beendigung* der Medizinischen Team-Evaluation. Es war zwar keine aktive Entscheidung, dass die MTE nicht mehr praktiziert wird. Da aber die Mitarbeitenden im Verlauf des Sommers 2014 nicht mehr in der MTE erschienen, schlich sich eine Beendigung dieser Entscheidungs-Praktik «hinter dem Rücken» der beteiligten Entscheidungsträger ein. Es

war das ärztliche Personal der Departemente Chirurgie und Innere Medizin, das mit ihrem offen Widerstand zur Beendigung dieses Behandlungsprozesses beitrug (I-C-7).

Dieses Beispiel zeigt, dass eine Entscheidungs-Praktik auf ein *gewisses Mass an Erwartungssicherheiten* angewiesen ist und es «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) braucht: Die Pflegemitarbeitenden konnten nicht damit rechnen, dass ärztliches Personal in der MTE-Koje anwesend ist, wie ein Pflegemitarbeiter erzählt:

> «Hallo MTE, hallo wo ist der Oberarzt? Aber dieser hatte keine Zeit, jetzt nicht und dann auch später nicht. Wir […] waren davon überzeugt, wenn man die Oberärzte wirklich an die Front bringt, dann geht der Behandlungsprozess schneller. Wir warten ja immer so lange auf Entscheidungen. Bleibt ein Patient hier? Kann er nach Hause? Wie geht es weiter? Das müssen wir mit den Oberärzten besprechen. Und mit der MTE haben wir [Pflegemitarbeitende] uns so viel an Effizienz versprochen. Das ist einfach zunichte gemacht worden. […] Und *es war niemand da*, der gesagt hat: He, Oberarzt auf Platz, du hast Dienst, du musst da sein, jetzt machen wir MTE» (I-PF-11).

Das ärztliche und pflegerische Personal konnte sich nicht wechselseitig unterstellen, dass die MTE auch wirklich praktiziert wird, und so wurde *kollektives Handeln und Entscheiden zwischen verschiedener Berufsgruppen erschwert*. Weil es auf der ZNS keine vollamtlichen Oberärzte gibt, war die Einbindung des ärztlichen Kaderpersonals in die Behandlungs- und Entscheidungsprozesse der ZNS seit jeher eine grosse Herausforderung (I-PF-11). Laut den Aussagen der Mitarbeitenden, gab es innerhalb der ZNS *keine Entscheidungsinstanz*, die dazu legitimiert wäre, die Anwesenheit der chirurgischen und internistischen Oberärzte auf dem Notfall einzufordern. Aus einer systemtheoretischen Perspektive kann geschlussfolgert werden, dass die *Mitgliedschaftrolle* der Oberärzte, die jeweils temporär auf dem Notfall Dienst leisten, (noch) nicht geklärt war. Welche Regeln gelten innerhlab der ZNS? Wie ist die Arbeitsteilung zwischen Pflegepersonal und ärztlichem Personal zu gestalten? Welche Verantworltichkeiten haben Ärztinnen im Rahmen der MTE? Diese Fragen wuden noch nicht systematisch bearbeitet. Es gab z.B. noch *keine Einführungen und Schulungen von Oberärzten und Assistenzärztinnen* hinsichtlich der betrieblichen Prozesse der ZNS. Die Mitgliedschaftsrolle der Ärzte war sowohl für das ärztliche Personal selbst als auch für das Pflegepersonal unterspezifiziert. Entscheidungsprozesse und Handlungen waren gegenseitig *schwer prognostizierbar* (Simon 2007: 45) und der Aufbau kollektiv geteilter Entscheidungs-Praktiken unwahrscheinlich.

Die medizinische Team-Evaluation wurde im Verlauf des Jahres 2014 erneut angepasst und adaptiert. Diese Veränderungen gingen nicht nur von der Arbeitsgruppe und von den beauftragten externen Beratern aus, sondern auch von Entscheidungsträgern der Departemente Chirurgie und Innere Medizin. Es setzte sich letztendlich eine «departementale Lösung» durch (TB-14). Damit ist gemeint, dass die ärztliche Erstbeurteilung von Notfallpatienten separat durch das chirurgische oder internistische ärztliche Behandlungsteam organisiert wurde:

> «Die Mediziner und die Chirurgen wurden sich nicht einig bei der MTE. Man macht´s nicht zusammen dafür aber departemental koordiniert. […] Wir haben also eine betrieblich adaptierte Form der MTE umgesetzt. […]. Die Mitarbeiter wussten aber nicht, warum sie das so umsetzten müssen. Es gab kein Gefäss, wo Rückmeldungen zurückgegangen wären. Das hat das Fass dann zum Überlaufen gebracht» (TB-14).

Diese Ausführungen zeigen, dass die Gestaltung von *Entscheidungsprozessen auf der ZNS von externen Akteuren* wie der Projektgruppe, den Beratern sowie Entscheidungsträgern der Departemente Chirurgie und Innere Medizin beeinflusst wurden. Auch deshalb konnte sich keine einheitliche und *notfallspezifische* Entscheidungs-Praktik durchsetzen, sondern die Erstbeurteilung von Notfallpatientinnen wurde schliesslich departemental organisiert. In der Folge führten die chirurgischen Ärzte die Anamnese untereinander und ohne das Notfall-Pflegepersonal durch, und auch das ärztliche Personal der Inneren Medizin organisierten sich eigenständig. Es konnte somit keine Entscheidungs-Praktik etabliert werden, *die unabhängig von den Departementen Gültigkeit hatte* und «notfallspezifisch» war. Im zweiten Teil des obigen Zitats wird zudem deutlich, dass die Akzeptanz dieser adaptierten Form der MTE trotzdem gering blieb: Es fehlte an gemeinsamen Austausch- und Kommunikationsplattformen, um *ein kollektives Verständnis der neuen Entscheidungs-Praktik aufzubauen*. Letztendlich wurde die MTE, ohne dass bewusst darüber entschieden wurde, eingestellt.

Ein weiterer möglicher Erklärungsansatz, warum die MTE nicht in den Arbeitsalltag der Notfallstation integriert werden konnte, liegt in der *fehlenden Regulierung des Umweltkontaktes* durch die Notfallstation, die sich als Organisationseinheit mit einer System-Umwelt-Differenz erst gerade formierte. Dies wird daran ersichtlich, dass die Rettungsdienste laut Notfallmitarbeitenden die MTE-Koje missachten konnten und Patienten direkt in die Behandlungsräume der Notfallstation brachten (TB-3). Oftmals können solche Herausforderungen nicht im organisationalen Geschehen durch

Mitarbeitende selbst geklärt werden. Damit sich eine kollektive Entscheidungs-Praktik zwischen Mitarbeitenden unterschiedlicher Organisationssysteme einspielen und ein System gleichzeitig eine eigene Entscheidungsfähigkeit aufbauen kann, braucht es eine *systematische Selbstbeobachtung und Regulierung des Umweltkontaktes* (Luhmann 1999: 220–221). Allerdings fehlte es der ZNS an legitimen Entscheidungsträgern, die zwischen System und Umwelt hätten «vermitteln» können. Die «Eingriffe» der Umwelt in die Definition von Entscheidungsprozessen der Notfallstation verhinderten es, dass sich eine eigene Form des Prozessierens von Entscheidungen und der Verarbeitung von Information und Umweltirritation einspielen konnte.

Entscheidungs-Praktiken sind stark verwoben: Sie sind in ein Netz von vor- und nachgelagerten sowie parallel dazu stattfindenden Entscheidungsprozessen eingebettet. Als die MTE-Koje eingeführt wurde, gab es *keine standardisierte Patientenübergabe* zwischen Rettung und Notfall (TB-3). Dies wäre eine Voraussetzung für das Zustandekommen der zeitlich nachgelagerten MTE gewesen. Aus der Perspektive des ärztlichen und pflegerischen Notfallpersonals bestand keine *Erwartungssicherheit* bezüglich der Durchführung von Patientenübergaben. Dies machte die kommunikative Verknüpfung von voneinander abhängigen Entscheidungs-Praktiken unwahrscheinlich und erschwerte kohärentes Entscheiden im Rahmen der MTE.

Zusammenfassende Reflexion

Der Versuch der Einführung einer neuen Entscheidungs-Praktik, der Medizinischen Team-Evaluation, macht deutlich, dass zu Beginn der ersten Entwicklungsphase im Sommer 2014 noch keine förderlichen Voraussetzungen existierten, damit die Notfallstation *eigene Formen des Prozessierens von Entscheidungen* etablieren konnte. Das *System befand sich in der Phase seiner Formierung*. Seine organisationale Einbettung in das Zentrumsspital war ungeklärt und das künftige Management-Team wurde gerade erst aufgebaut. Der Notfall verfügte über eine *gering ausgeprägte Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit*: Die Einführung neuer betrieblicher Abläufe erfolgte fremdbestimmt und von «ausserhalb» des Systems. Der Notfall konnte die Bedingungen für das Zustandekommen von Entscheidungen im Rahmen der Erstbeurteilung von Notfallpatienten, also die *Definition von Entscheidungsprämissen*, nicht autonom gestalten. Dies mag vor allem daran liegen, dass es noch keinen Repräsentanten des Notfalls gab, der in den verschiedenen Organisationsabteilungen des Zentrumsspitals anerkannt wurde und der *im Namen des Systems zu Entscheidungen* berechtigt war. Es gab dementsprechend keine Instanz, die *Grenzbildungsprozesse* und *die selektiven Kriterien für den Verkehr mit der Umwelt* hätte beobachten und regulieren können. Das *Mass an Erwartungsunsicherheit* zwischen den

verschiedenen Mitarbeitenden war entsprechend gross. Es blieb unklar, welches ärztliche Personal wann in der MTE anwesend sein wird. Erwartungsunsicherheit bestand auch über *vorgelagerte Entscheidungsprozesse*. Die Durchführung der Patientenübergabe kam nicht regelbasiert zustande. Entsprechend konnte sich auch in der MTE-Koje keine daran anschliessende und kollektiv akzeptierte Entscheidungs-Praktik einspielen.

8.1.2 «Wir sind nicht der Abfalleimer des Spitals!»: Die Entstehung von Systemgrenzen

Um die Notfallstation weiterentwickeln zu können, formierte sich zwischen Februar und April 2015 ein neues Management-Team (D-78). Erstmalig hatte dieses Team *Doppelverantwortlichkeiten und Entscheidungskompetenzen* sowohl auf der Notfallstation als auch in den Departementen Chirurgie, Medizin und mit der damaligen Pflegeleitung in der Anästhesie. So ist der Chefarzt der ZNS gleichzeitig stellvertretender Leiter Unfallchirurgie und hat Einsitz in der Departementsleitung der Chirurgie und des Departements Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin und Rettung. Sein Stellvertreter ist leitender Arzt der Notfallstation sowie der Inneren Medizin. Das neue Management-Team passte im Februar 2015 den *Sitzungsrhythmus* an (TB-19, TB-5). Die sporadisch und teilweise halbjährlich stattfindende «Notfallkommission», eine Sitzung mit Vertretungen aus den Departementen Medizin, Chirurgie und ehemaligen Management-Verantwortlichen des Notfalls, wurde abgeschafft (TB-19, TB-5). Stattdessen wurde im *Zweiwochenrhythmus* eine sogenannte Leitungskonferenz einberufen, in der nur das Management-Team der ZNS über die Organisation des Tagesgeschäft beriet (I-C-16).

Da Entscheidungs-Praktiken wie die Patientenanmeldung und Triage nicht «regelbasiert», sondern je nach Behandlungsteam und aktuellem Tagesgeschehen unterschiedlich erfolgte (D-7), die Notfallstation aber mit einem hohem Patientenaufkommen konfrontiert war, konnte der operative Betrieb in dieser Phase kaum aufrechterhalten werden. Es war das prioritäre Ziel des Management-Teams, Entscheidungsprozesse neu zu gestalten, damit Wartezeiten verkürzt und die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert werden kann (D-4). Laut Pflegemitarbeitenden bedurfte es dafür einer *Klärung der Entscheidungsprozesse an den Schnittstellen* der Notfallstation (D-4). Das Management-Team und Mitarbeitende stellten fest, dass die *knappen personellen und infrastrukturellen Ressourcen des Notfalls durch andere Abteilungen des Zentrumsspitals* genutzt wurden (D-7). Die hohe Belastung der Notfallstation war unter anderem darauf zurückzuführen, dass *die Verlegung von Patienten an andere Kliniken ungeregelt erfolgte* und der Notfall von zahlreichen Abteilungen des Zentrumsspitals als «Auffang- und Puffersystem» genutzt wurde. Beispielsweise wurde bei Ressourcenengpässen in den chirurgischen und

medizinischen Abteilungen Patienten auf den Notfall verlegt oder stationäre Patienten über den Notfall aufgenommen (I-PF-8, TB-6). Teilweise wurden ambulante Behandlungen wie Schmerzinfiltrationen auf der ZNS durchgeführt. Dies führte vor allem bei der Notfall-Pflege zum Gefühl, man sei der «Abfalleimer» des Systems (I-PF-8). Im Zentrumsspital und auf der Notfallstation bestand Unklarheit darüber, welche *medizinischen Leistungen die ZNS in der Regel überhaupt anbietet*. Die Definition des Dienstleistungsportfolios wurde vom Management-Team zu einem wichtigen Jahresziel erklärt (D-7). In einem aufwändigen Klärungsprozess wurde diskutiert, welches *die zu erbringende Kernwertschöpfung der Notfallstation* ist und welche Behandlungsprozesse in die Verantwortung der Kliniken des Zentrumsspitals fallen. An einer Sitzung des Management-Teams wurde schliesslich Folgendes festgelegt:

> «Grundsätzlich sind Interventionen auf der ZNS, als Ausnahme, möglich. Dies, falls genügend Personal anwesend ist und die infrastrukturellen Ressourcen gegeben sind. Der interventionsverantwortliche Arzt muss aber zwingend mit der Pflege-Schichtleitung Rücksprache halten und bei negativem Entscheid diesen akzeptieren. Interventionen sollen nicht zum Regelfall werden, jedoch bei Auftreten einer solchen Situation soll Verständnis gezeigt und kollegial sowie wertschätzend agiert werden. […] Bei Auftreten von vermehrten, z.B. onkologischen Interventionen, muss das betreffende Departement allenfalls Personal stellen» (D-5).

Die *Definition des Dienstleistungsangebots* der ZNS sollte das Personal von zusätzlichen Aufgaben schützen sowie zeitliche und infrastrukturelle Ressourcen freisetzen. Die Durchführung von medizinischen oder chirurgischen Interventionen auf der ZNS soll nur noch die Ausnahme darstellen. An diesem Zitat wird ersichtlich, dass der Entscheid, ob eine Behandlung auf der ZNS oder von einer anderen Organisationseinheit erbracht werden soll, nach Ansicht des Management-Teams *beim Notfall selbst bzw. bei der Pflege-Schichtleitung liegen*. Das Management-Team versuchte, die *Entscheidungskompetenz* der Pflegemitarbeitenden und somit des Notfalls im Allgemeinen zu stärken: Nicht die zuweisenden Kliniken des Zentrumsspitals, sondern das Management-Team und Notfallmitarbeitende sollen künftig entscheiden können, ob es die Ressourcensituation zulässt, Behandlungsprozesse der Kliniken zu übernehmen. Zudem will der Notfall immer weniger als Bettenstation wahrnehmen werden (D-24). Die *Hauptkompetenz des Notfalls* liege vielmehr in der *Erstbetreuung und Erstbehandlung von Notfallpatientinnen* sowie ihrer möglichst *effizienten Verlegung auf die Abteilungen des Spitals.* Die Klärung des Dienstleistungsangebots der Notfallstation wurde von den Mitarbeitenden als das «Ziehen

von Grenzen» beschrieben – bei gleichzeitigem Signalisieren von Kooperationsbereitschaft gegenüber den Abteilungen des Spitals (I-C-16). Welche Entscheidungsprozesse die ZNS ausführen soll bzw. muss, war Gegenstand vieler kontroverser Diskussionen. Dies kann am untenstehenden Zitat und an der Diskussion über Nadelstichverletzungen demonstriert werden:

> *STV Pflegeleitung:* Bezüglich der Nadelstichverletzungen. Das Pflegeteam meint, das könnte auch ein Personalarzt machen.
> *Chefarzt:* Der Personalarzt ist nicht 24 Stunden da, das geht nicht!
> *STV Pflegeleitung:* Wieso muss das der Notfall machen?
> *Chefarzt:* Weil wir 24 Stunden da sind. Diese Dienstleistung müssen wir als Notfall anbieten.
> *STV Pflegeleitung:* Der Aufwand für unser Personal ist relativ gross.
> *Chefarzt*: Das wäre mit dem Personalarzt zu diskutieren, aber ich glaube, das wird schwierig, eine Nadelstichverletzung ist ein Notfall.
> *STV Pflegeleitung:* Aber auch Aufgabe des Personalarztes. In der Nacht finde ich es ok, wenn wir das im Notfall machen. Anfragen kann man den Personalarzt ja einmal. Es wäre gut zu klären, ist es unsere Aufgabe, oder nicht.
> *STV ärztlicher Leiter:* Die medizinische und chirurgische Tagesklinik ist auch ausgelastet, ich frage einmal den Personalarzt an, was er meint. Aber er arbeitet nur 50%.
> *Chefarzt:* Es geht ja nur um die Notfallsituation, die Nachpflege macht ja der Personalarzt. Es nicht auf dem Notfall zu machen, wäre ein Qualitätsverlust.
> *STV ärztlicher Leiter:* Wir müssten regeln, wer zuständig ist, wenn der Personalarzt nicht anwesend ist. Ich kann das gerne mit dem Personalarzt besprechen.
> *Chefarzt*: Es darf dann einfach nicht ein «riesen Zeugs» geben, wer ist wann zuständig oder doch nicht zuständig, das wird kompliziert.
> *Pflegeleitung:* Ich habe mich auch schon gefragt, warum man Nadelstichverletzungen nicht auf den Stationen behandelt. Wir müssen das Bewusstsein der Leute schärfen, was auf dem Notfall und was auf den Stationen zu behandeln ist (TB-14).

Dieser Ausschnitt aus einem Gespräch zeigt, dass die Definition des Dienstleistungsangebots nicht nur ein anspruchsvoller Klärungsprozess war, sondern nur *in enger Zusammenarbeit und Rücksprache mit anderen Abteilungen*, in diesem Beispiel mit dem internen Personalarzt, erfolgen konnte. Im Zentrum stand dabei die Frage, *welcher*

Akteur des Zentrumsspitals *wann* über *welchen Behandlungsprozess* entscheidet. Diese Klärungsarbeit zwischen der ZNS und anderen Organisationseinheiten des Spitals wurde durch das *in unterschiedlichen Gremien repräsentierte Management-Team* vorangetrieben. So wurde in zahlreichen Sitzungen und Informationsveranstaltungen mit Pflegemitarbeitenden des Spitals, des chirurgischen und medizinischen Personals, der Anästhesie und der Intensivstation das neu definierte Dienstleistungsangebot der ZNS gegen «aussen», das heisst ausserhalb der Notfallstation, kommuniziert (I-C-16). Die Resultate dieses Klärungsprozesses wurden in *schriftlichen Protokollen und gegenseitigen Kooperationsvereinbarungen* festgehalten (D-6). Bei diesen Klärungsarbeiten waren die Doppelfunktionen des Management-Teams und dessen Vernetzung in verschiedenen Organisationseinheiten förderlich. Die damalige Pflegeleitung war sowohl Pflegeleitung der Notfallpflege als auch der Anästhesie (TB-19). Da es zwischen den Pflegemitarbeitenden der Anästhesie und der ZNS oftmals *Unklarheiten über Verlegungsprozesse und Zuständigkeiten in der Patientenbehandlung* gab, konnte die Pflegeleitung zwischen diesen beiden Bereichen vermitteln:

> «Bis anhin gab es viele Schwierigkeiten zwischen Anästhesie und Notfallpflege und Notfallpflege und Intensivpflege. Wenn man jemanden hat [Pflegeleitung], die das vereinen kann, dann kann man diese Schnittstelle positiv beeinflussen. So hat auch die Intensivpflege sich im Dezember angeboten, im Notfall auszuhelfen» (TB-19).

Dank der Beziehungsarbeit der Management-Verantwortlichen und ihrer Vermittlung zwischen Organisationseinheiten konnte schriftlich definiert werden, wie personelle und infrastrukturelle Ressourcen zwischen der Anästhesie, der Intensivstation und dem Notfall künftig einzusetzen sind. Die damalige Pflegeleitung sagte dazu:

> «Ich habe jetzt ein Papier ausgearbeitet: «Ressourcennutzung im gesamten Departement». Also, dass wir auch IPS, Notfall, Anästhesie untereinander die Personalien ausnutzen können, weil es gibt häufig einmal Situationen, wo es in der IPS ruhig ist, aber der Notfall brennt. Oder die Anästhesie im Nachtdienst, die können schlafen gehen, wenn nichts los ist. Dann müssen wir aber auch bereit sein auf der Intensivstation oder auf dem Notfall unsere Hilfe anzubieten» (I-PF-8).

Dieses Zitat zeigt, dass Management-Verantwortliche versuchten, den *Einsatz von Ressourcen zwischen den Organisationseinheiten* der Anästhesie, des Notfalls und der Intensivmedizin zu regeln und Entscheidungsprozesse zu formalisieren. Es wurde

festgelegt, *wer in welchen Situationen auf personelle Ressourcen* zugreifen darf und *welche Organisationseinheit welche Verantwortlichkeiten* im Behandlungsprozess hat. Gleichzeitig wird aber an diesem Zitat auch deutlich, dass diese Übereinkommen *flexibel zu interpretieren waren* und je nach Patientenaufkommen und verfügbaren personellen Kapazitäten in den einzelnen Organisationseinheiten Entscheidungsprozesse dynamisch anzupassen sind. Die *Ausarbeitung dieser Kooperationsabkommen* erfolgte dabei über die Management-Verantwortlichen *und ihre Beziehungen*. Diese waren in zahlreichen Organisationseinheiten verankert und *avancierten zu einem legitimen Entscheidungsträger* für die Gestaltung von Entscheidungsprozessen und Kooperationsabkommen. Der Klärungsprozess des Dienstleistungsangebots der Notfallstation sowie des Einsatzes von personellen und infrastrukturellen Ressourcen zwischen der Notfallstation und angrenzenden Organisationseinheiten zog sich *über mehrere Jahre hinweg* (siehe Kapitel 8.2.1). Initiiert wurde dieser Prozess im Februar 2015 mit der *Formierung des neuen Management-Teams*.

Interpretation aus einer theoretischen Perspektive

An den obigen Schilderungen wird deutlich, dass das Management-Team den *Aufbau von Systemgrenzen über die Definition des Leistungsangebots an den Schnittstellen der ZNS* in Angriff genommen hat. Aufgrund ihrer Drehscheibenfunktion und der gegenseitigen Abhängigkeit zwischen der ZNS und den Abteilungen des Zentrumsspitals, waren *der Aufgabenbereich und die Funktion der ZNS* in der Vergangenheit stets schwer zu bestimmen. Innerhalb der Notfallstation und des Zentrumsspitals gab es heterogene Meinungen, welche Behandlungsprozesse (z.B. Schmerzinfiltrationen oder Behandlung von Nadelstichverletzungen des eigenen Personals) auf der Notfallstation oder auf anderen Abteilungen des Zentrumsspitals durchzuführen sind. Für Notfall-Mitarbeitende war lange unklar, über welche Behandlungsprozesse sie zu entscheiden haben und über welche nicht. Die «*Programmierung» von Entscheidungen* war *unterspezifiziert*, denn je genauer sich die Funktion einer Organisationseinheit definieren lässt, desto präziser lassen sich auch Entscheidungsprogramme in Form von abzuarbeitenden Handlungsschritten definieren (Simon 2007: 71). Genau dies war aber erschwert, und anstelle von kollektiv anerkannten Entscheidungs-Praktiken dominierten ad-hoc- Entscheidungen, die abhängig vom entsprechenden Behandlungsteam oder vom aktuellen Tagesgeschehen waren. Die Arbeitstätigkeiten der Mitarbeitenden und der Behandlungsfluss von Notfallpatienten wurde durch die *Umwelt des Systems*, das heisst durch das Eingreifen verschiedener Organisationsabteilungen, unterbrochen und destabilisiert. Obwohl in den Aussagen der Mitarbeitenden teilweise von einem «Aussen» und einem «Innen» die Rede ist, wenn sie

beispielsweise das definierte Leistungsportfolio des Notfalls gegen «aussen» kommunizierten, so sind eine Systemgrenze und *eine Differenz zwischen System und Umwelt gerade erst in Entstehung*. Der Versuch einer *Definition von Grenzen* erfolgt über die Definition des Dienstleistungsangebots der Notfallstation und somit über eine *stärkere «Programmierung» bzw. Gestaltung von Entscheidungen*. Über die gegenseitige Klärung der Fragen, *wer wann über welchen Behandlungsprozess entscheidet*, konnte die ZNS eine eigene, von den anderen Abteilungen losgelöste Entscheidungs-Praxis aufbauen. Die ZNS erarbeitete sich in anspruchsvollen *Kommunikations- und Aushandlungsprozessen* mit Entscheidungsträgern anderer Organisationseinheiten, wie der Anästhesie, Intensivmedizin und den chirurgischen und internistischen Bettenstationen, nach und nach *die Voraussetzung, eigene Entscheidungsprozesse aufzubauen*, die von den Eingriffen der Umwelt nicht ständig destabilisiert wurden. Dabei war vor allem wichtig festzulegen, *welche Instanz* darüber entscheiden kann, *ob eine Behandlung auf der ZNS durchgeführt wird oder nicht*. Die ZNS versuchte ihre Entscheidungsautonomie auszubauen, indem *sie sich selbst zur Instanz ernannte*, die über die betrieblichen Abläufe entscheidet. So soll z.B. bei hohem Patientenaufkommen eine handchirurgische Behandlung innerhalb der ZNS durch die ZNS abgelehnt werden können. Dadurch wurde die Entscheidungsautonomie des Notfalls gestärkt.

Der Aufbau von Systemgrenzen war allerdings eine spannungsreiche Angelegenheit: Das Management-Team versuchte die eigenen Behandlungs- und Entscheidungsprozesse vor destabilisierenden Einflüssen der Umwelt zu schützen. Gleichzeitig mussten aber auch Kollaborationsbereitschaft und Flexibilität in den eigenen Entscheidungsprogrammen signalisiert werden, denn es bestanden zahlreiche Abhängigkeitsverhältnisse mit der Umwelt, die der Notfallstation Personal und Expertise zur Verfügung stellt. Dasselbe galt auch hinsichtlich des *Einsatzes von personellen und infrastrukturellen Ressourcen* zwischen der Notfallstation, der Anästhesie und Intensivstation. Getroffene *Kooperationsabkommen und Regeln* über den Einsatz von Ressourcen mussten aufgrund der Dynamik des Alltagsgeschehens laufend angepasst werden. Entscheidungsprozesse an den Schnittstellen der ZNS wurden zwar durch die Klärungsarbeiten der Management-Verantwortlichen zunehmend formalisiert, diese gegenseitigen *Übereinkünfte* wurden im Arbeitsalltag aber *flexibel interpretiert*.

Der *Aufbau von Systemgrenzen* wurde durch das sich formierende Management-Team verantwortet, das nach und nach als «Grenzstelle» des Systems agierte. Über die *Beziehungen der Grenzstellen zu Entscheidungsträgern des Zentrumsspitals* wurde der Klärungsprozess über die Dienstleistungen der ZNS und den Einsatz von Ressourcen

vorangetrieben und beschleunigt. Schnittstellenprobleme wurden dadurch *nicht im Arbeitsalltag gelöst*, sondern über die Management-Verantwortlichen, welche die Kooperationsvereinbarungen mit den Entscheidungsträgern des Zentrumsspitals aushandelten und somit den *Umweltkontakt im Auftrag des Systems regulierten*. Als Grenzstellen mussten dabei die Management-Verantwortlichen sowohl die Erwartungen der Umwelt aufnehmen und gleichzeitig die Entscheidungsautonomie der ZNS aufrechterhalten bzw. sukzessive vergrössern. Auch innerhalb des Management-Teams musste immer wieder geklärt werden, in welchen Situationen die ZNS einer Organisationseinheit entgegenkommen soll, eine *Regelabweichung als Ausnahme akzeptiert* wird und vom definierten Dienstleistungsangebot einmalig abgewichen wird. Die *flexible Interpretation von formalisierten Übereinkünften zwischen Organisationseinheiten* war aufgrund der Unberechenbarkeit des Spitalalltags unausweichlich. Bei Ressourcenengpässen in den chirurgischen oder medizinischen Kliniken und einem gleichzeitig niedrigen Patientenaufkommen auf der Notfallstation, musste das *Dienstleistungsangebot der ZNS temporär angepasst* und z.B. chirurgische Interventionen auf der ZNS zugelassen werden. Ausnahmen vom einmal definierten Dienstleistungsangebot waren potenziell möglich, wobei die ZNS zunehmend beanspruchte, über *diese Ausnahmen eigenständig entscheiden* zu können (D-5). Bei einer flexiblen Auslegung formalisierter Übereinkünfte bestand das Risiko, dass die sich einspielende regelbasierte Zusammenarbeit destabilisiert und delegitimiert wird. Gleichzeitig musste sich die ZNS für Erwartungen der Umwelt selektiv öffnen und getroffene Abkommen bei Ressourcenengpässen in den Kliniken flexibel interpretieren.

Diese Klärungsarbeit, der Aufbau von Systemgrenzen und die flexible Handhabung von einmal definierten Abkommen erfolgte durch die Management-Verantwortlichen der ZNS und über Sitzungen mit den Organisationseinheiten des Spitals. Dank der *neu geschaffenen Leitungskonferenz* hatten die Management-Verantwortlichen einen Ort geschaffen, wo diese Klärungsarbeit zentralisiert und aufeinander abgestimmt werden konnte. Es wurde eine Plattform etabliert, die es dem System ermöglichte, sich selbst und die Art und Weise, wie mit Erwartungen der Umwelt umgegangen wird, zu beobachten. So konnte regelmässig überprüft werden, ob das ausgearbeitete Dienstleistungsportfolio den Erwartungen der vielschichtigen Umwelten gerecht wird, sich aber gleichzeitig auch eine Stabilisierung der eigenen Entscheidungs-Praxis aufgrund der Reduktion von Umwelteinflüssen einstellt. Anders als in der ehemaligen «Notfallkommission» hatte die ZNS neu eine Kommunikationsplattform, in der ausschliesslich Management-Verantwortliche der ZNS Einsitz hatten. Über diese Plattform konnte sich die ZNS operativ stärker schliessen,

Informationen auf eine systemeigene Art und Weise verarbeiten, und die Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung *eigenständig gestalten.*

Das untenstehende Zitat eines Management-Verantwortlichen der ZNS ergänzt diesen theoretischen Interpretationsversuch:

> «Die ZNS ist eine zentrale Drehscheibe des Spitals. Sie ist Mittelpunkt des Spitals, wo alles drüber läuft. Was die Notfallstation nicht geschafft hat, ist die *eigenen Grenzen zu definieren*. Das war nicht klar und auch nicht, *was ihre Aufgabe* ist. Also einerseits gibt es Patienten, die gezielt auf die ZNS kommen, dann gibt es aber auch z.B. Punktionen und Interventionen, die andere Abteilungen auf der ZNS durchführen wollen. Alle haben ihre Sache auf die Notfallstation verlegt. Die Notfallpflege versuchte einzuschreiten, wusste aber nicht, was unsere Aufgabe ist. […] Man hat auch Schnittstellen nicht beachtet, […] man hat sich nicht ausgetauscht. Kooperationen und Schnittstellen waren nicht richtig definiert. Dort wo Schnittstellen und Aufgaben nicht definiert sind, wird es emotional und konfliktmässig» (TB-19).

Zusammenfassende Reflexion

Aus einer systemtheoretischen Perspektive ist der Existenzerhalt von sozialen Systemen auf die Gestaltung von Grenzen angewiesen. Die Definition des Leistungsangebots und der Rolle der ZNS *markiert den Beginn der Entstehung von Systemgrenzen und der aktiven Gestaltung von Prozessen der selektiven Öffnung und Schliessung*. Damit kann die Voraussetzung für das Entstehen einer eigenen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit geschaffen werden, denn ein System kann erst dann eigene Strukturen, eine eigene Form des Prozessierens von Entscheidungen und eine Entscheidungs-Praxis aufbauen, sobald es *über eine Grenze verfügt* und diese eigenständig gestalten kann. Diese Grenze macht es möglich, eine *eigene kommunikative Selektivität aufzubauen*: Eine Organisation kann sich dadurch sowohl gegenüber bestimmten Umwelterwartungen schliessen und eigene Operationen etablieren, als auch auf bestimmte Erwartungen reagieren, und wenn nötig, die interne Entscheidungs-Praxis flexibel anzupassen. So begann die ZNS in Zusammenarbeit mit anderen Organisationseinheiten zu definieren, welche Behandlungen von der ZNS angeboten werden, um interne Entscheidungsprozesse künftig in kollektive, routinisierte und auf regelbasierte Formen der Entscheidungsfindung überführen zu können. Dieser Klärungsprozess *erhöhte die gegenseitige Erwartungssicherheit* im Zentrumsspital: Mitarbeitende ausserhalb der ZNS konnten unterstellen, welche Behandlungsprozesse innerhalb der ZNS erfolgten, und vor allem auch *welche nicht*. In der Folge verfügten die

Notfallmitarbeitenden über *eingeschränktere und spezifischere Aufgabenbereiche*. Nach und nach konnten sich dadurch «Inseln geringer Komplexität» (Luhmann 2005b: 147) im Zentrumsspital etablieren. Notfall-Mitarbeitende waren nun *nicht mehr für alles zuständig*, sondern es wurden *Regeln für die Arbeitsteilung innerhalb des Zentrumsspitals* ausgearbeitet. Dies markiert den Beginn für die Entstehung von «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) und die Voraussetzung für den Aufbau einer eigenen Entscheidungsfähigkeit. Von zentraler Bedeutung war dabei herauszuarbeiten, *welche Instanz* überhaupt darüber entscheiden darf, ob eine Behandlung auf der ZNS durchgeführt wird oder nicht, und wie Ressourcen eingesetzt werden. Die ZNS beanspruchte diese Entscheidungskompetenz vermehrt für sich und arbeitete darauf hin, *ihre Entscheidungsautonomie über eigene Entscheidungsprozesse* sowie über die *Zusammenarbeit an den Schnittstellen des Systems* auszuweiten. Über Sitzungen und Gespräche mit den Organisationseinheiten des Zentrumsspitals musste sich die ZNS diese Entscheidungsautonomie erarbeiten. Dabei war die Vernetzung des Management-Teams mit zahlreichen Entscheidungsträgern des Zentrumsspitals förderlich und wirkte als Kommunikationsbeschleuniger.

Für den Aufbau von Systemgrenzen bei einer gleichzeitigen selektiven Öffnung der Organisation mussten die *Austauschbeziehungen* zur Umwelt gezielt gestaltet werden. Über die von der ZNS zu erbringenden Dienstleistungen und über das «Ziehen von Grenzen» konnte nicht von einer Entscheidungsinstanz einmalig «entschieden» werden. In einem *kommunikativen Klärungs- und Aushandlungsprozess* innerhalb als auch ausserhalb der Notfallstation wurde die Rolle der ZNS immer wieder neu definiert. Formalisierte Kooperationsabkommen mussten im engen Austausch mit der Umwelt flexibel oder temporär angepasst werden. Dafür brauchte es einen Repräsentanten bzw. «Systemagenten», der zwischen der ZNS und ihren Umwelten vermittelte, Kooperationsvereinbarungen ausarbeitete und deren Interpretation beobachtete. Denn diese Kooperationsvereinbarungen konnten im organisationalen Arbeitsalltag modifiziert, infrage gestellt oder unterwandert werden. Das interdisziplinäre und im Zentrumsspital breit verankerte Management-Team hatte nun aber eine *Plattform*, die es erlaubte, das System und die sich aufbauende System-Umwelt-Differenz auf regelmässiger Basis zu beobachten, die Interpretation von erarbeiteten Kooperationsabkommen zu monitorisieren, Grenzbildungsprozesse aktiv zu gestalten sowie die Voraussetzungen für den Aufbau einer Entscheidungs-Praxis zu schaffen.

8.1.3 Zentrale Erkenntnisse der Entwicklungsphase 1

Die Entstehung einer Organisation ist von *Grenzziehungsprozessen* abhängig. In diesem Kapitel wird zusammengefasst, wie sich in dieser ersten Entwicklungsphase Grenzen entwickelten und welchen Einfluss dies auf den Aufbau einer organisationsspezifischen Entscheidungs-Praxis hatte. Dabei wird auf die im Kapitel 5.10 hergeleiteten *Bezugspunkte bzw. Gegenstände von Grenzziehungsprozessen* eingegangen.

Es lässt sich festhalten, dass eine Unterscheidung zwischen «Notfall» und «Umwelt» anfänglich nicht klar zu erkennen war. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass der Notfall *nicht über eigene Entscheidungs-Praktiken entscheiden* konnte. Am Beispiel der MTE-Koje wurde gezeigt, dass die Gestaltung von Entscheidungsprozessen *fremdbestimmt* war und sich keine «notfallspezifische» Form des Prozessierens von Entscheidungen auf der ZNS einspielen konnte. Die Organisationsgrenze kann aus einer systemtheoretischen Perspektive unter anderem darüber bestimmt werden, indem hervorgebrachte Entscheidungen entweder dem System oder der Umwelt *zugeschrieben* werden können. Bei der MTE-Koje blieb unklar, welchem Akteur Entscheidungen über das Einführen der Modifikation und der Beendigung der MTE überhaupt zuzuschreiben sind. Ein eigentlicher «Entscheider», dem Entscheidungsprozesse auf dem Notfall zugerechnet werden können, existierte nicht. Die Innenseite der Organisationsgrenze war (noch) nicht artikuliert, das heisst, es existierten kaum *personenunabhängige Strukturen.* So waren beispielsweise *Entscheidungsprogramme*, *formale Kommunikationswege* und Zuständigkeiten von *Personen* innerhalb des Notfalls als auch an den Schnittstellen wenig formalisiert. Aufgrund der *geringen Ausdifferenzierung von Strukturen* in Form von Entscheidungsprämissen herrschte *ein hohes Mass an Erwartungsunsicherheit*: Mitarbeitende unterschiedlicher Berufsgruppen konnten sich nicht wechselseitig unterstellen*, wer wann zu welchem Zeitpunkt worüber entscheidet*. Die geringe strukturelle Ausdifferenzierung geht mit einer *hohen Sensibilität für Umweltirritationen* einher: Die Behandlungs- und Entscheidungsprozesse des Notfalls wurden von externen Akteuren bestimmt, die über die personellen, infrastrukturellen und zeitlichen Ressourcen des Notfalls verfügen konnten. Aufgrund der *hohen strukturellen Varianz* und der *hohen kommunikativen Selektivität* wurden die Entscheidungsprozesse des Notfalls regelmässig destabilisiert: Innerhalb des Notfalls waren *Aufgaben, Verantwortlichkeiten und die Arbeitsteilung zwischen Berufsgruppen* unklar. Ausserhalb des Notfalls war ungenügend definiert, welche Behandlungsprozesse vom Notfall erbracht werden und welche nicht. Mit der Formierung eines neuen Management-Teams entstand eine *Entscheidungsinstanz*, die den *Umweltkontakt aktiver regulierte* und der künftig Entscheidungen über den Notfall

zugeschrieben werden konnten. Aufgrund des *Mandats des neuen Management-Teams durch die Geschäftsleitung* und aufgrund ihrer Vernetzung mit Entscheidungsträgern des Spitals konnte sich das Team *zur relevanten Entscheidungsinstanz* ernennen. Über die *Definition des Leistungsangebots* und der Rollenklärung der ZNS im Spital zeichnete sich eine *erste operative Schliessung der Organisation* gegenüber ihrer Umwelt ab, und die *Gestaltung von kollektiven Entscheidungs-Praktiken* innerhalb als auch an den Schnittstellen des Systems wurde in Angriff genommen (siehe Kapitel 8.2.1). Das Dienstleistungsangebot musste aber auch angepasst, flexibel interpretiert und gegenüber Erwartungen der Umwelt selektiv «geöffnet» werden. In Ausnahmesituationen wurde das Dienstleistungsangebot der ZNS erweitert, um zur Entlastung anderer Kliniken beizutragen. Auch der Einsatz von Ressourcen zwischen Notfall, Anästhesie und Intensivstation wurde flexibel gehandhabt und war vom Tagesgeschehen abhängig. Da einmal getroffene Übereinkünfte und Regeln flexibel interpretiert wurden, erhöhte dies den *Variationsbereich von Entscheidungsprozessen* kontinuierlich und *erschwerte die Etablierung routinisierter Formen der Entscheidungsfindung*. Gleichzeitig konnte die ZNS über diese *selektive Öffnung der Organisation* aber auch Erwartungen der Umwelt erfüllen sowie die Kooperationsbereitschaft mit anderen Organisationseinheiten aufrechterhalten.

Ein weiterer Bezugspunkt der Gestaltung von Grenzen ist die *Mitgliedschaftsrolle*. Vor allem zu Beginn dieser ersten Entwicklungsphase bestand *wechselseitige Unklarheit über die Rollen der einzelnen Mitarbeitenden des Behandlungsteams*: Am Beispiel der MTE-Koje wurde gezeigt, dass Pflegemitarbeitende nicht mit Sicherheit wussten, *wann* mit der Anwesenheit des ärztlichen Personals zu rechnen war. Dem ärztlichen Personal waren wiederum Kompetenzen und Aufgabenbereiche der Pflegefachmitarbeitenden unklar, da diese nicht festgelegt wurden. Somit konnten sich kaum *stabile Erwartungsräume* ausbilden. Innerhalb des Notfalls wurden das «Management der Mitgliedschaft» (Kühl 2010: 18) und Klärungsprozesse, welche Regeln, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten gelten, nicht systematisch als Gestaltungsbereich identifiziert.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die *Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung*, vor allem zu Beginn dieser Entwicklungsphase, kaum aktiv an irgendeiner Stelle im System bearbeitet wurden. Dies hatte zur Konsequenz, dass ein *grosses Mass an Erwartungsunsicherheit* zwischen den Mitarbeitenden herrschte und *kollektives Entscheiden auf dem Notfall erschwert war*. Zuerst musste sich eine *Entscheidungsinstanz mit eigenen Entscheidungs- und Kommunikationsplattformen* etablieren, die für die Regulierung des Umweltkontaktes verantwortlich war. Das neu besetzte Management-Team versuchte, die Grenzen des Systems über die *angebotenen Dienstleistungen und über*

Regeln hinsichtlich des Einsatzes von Ressourcen zu definieren, damit in der Folge personenunabhängige Strukturen und notfallspezifische Entscheidungs-Praktiken aufgebaut werden konnten und sich die «Innenseite» der Grenze ausdifferenzieren konnte. Diese *operative Schliessung* erfolgte in einem *kommunikativen Klärungs- und Aushandlungsprozess* und über die *aktive Beziehungsarbeit des Management-Teams* mit anderen Entscheidungsträgern des Zentrumsspitals. Das Ziel, das Dienstleistungsangebot der ZNS einzuschränken und den Notfall *für bestimmte Themen und Entscheidungsprozesse kommunikativ zu schliessen*, bedeutete nicht, dass der Notfall sich nicht gleichzeitig auch *offen gegenüber Erwartungen anderer Organisationseinheiten* zeigen musste. Die mit der Umwelt getroffenen Vereinbarungen über den Einsatz von Ressourcen waren *temporäre Errungenschaften*, denn das Dienstleistungsangebot und die Verantwortlichkeiten der ZNS mussten je nach Tagesgeschehen dynamisch angepasst, vergrössert oder eingeschränkt werden. Dafür brauchte es eine *Entscheidungsinstanz*, die das organisationale Geschehen beobachtete und die *selektive Öffnung oder Schliessung der Organisation monitorisierte*.

8.2 Prozesse der Öffnung und Schliessung in Entwicklungsphase 2

In der zweiten Entwicklungsphase stand der Aufbau personenunabhängiger Entscheidungs-Praktiken im Fokus der Entwicklungsanstrengungen. Im Kapitel 8.2.1 wird geschildert, wie die Systemgrenzen zwischen dem Notfall und ihrer Umwelt über den Aufbau von Dienstleistungs- und Kooperationsvereinbarungen weiter aufgebaut wurden. Dies ermöglichte den Aufbau eines Netzes von regelbasierten Entscheidungs-Praktiken, wie im Kapitel 8.2.2 beschrieben wird. Um die sich einspielende Entscheidungs-Praxis weiterentwickeln zu können, brauchte es eine Professionalisierung der Management-Praxis. Wie sich die Management-Praxis analog zur Entscheidungs-Praxis der ZNS ausdifferenzierte, wird im Kapitel 8.2.3 erläutert. Die Systemgrenzen sowie die Entscheidungs-Praxis musste an einer Stelle im System gestaltet werden. Welche Bedeutung das Management-Team dabei spielte und wie es die Entscheidungsfähigkeit des Notfalls über Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung sicherte, thematisiert das Kapitel 8.2.4. Schliesslich werden die wichtigsten Erkenntnisse dieser zweiten Entwicklungsphase im Kapitel 8.2.5 festgehalten.

8.2.1 Die Stabilisierung von Grenzen über Dienstleistungsvereinbarungen

Gegen Ende der ersten Entwicklungsphase emanzipierte sich die ZNS allmählich von ihrer Rolle als «Puffer» des Spitals. Über die *Definition des Dienstleistungsangebots* sowie über den *Aufbau einer regelbasierten Zusammenarbeit an den Schnittstellen* konnte sich der

Notfall stärker operativ schliessen, Systemgrenzen etablieren und somit «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) als Voraussetzung für den Aufbau einer eigenen Entscheidungsfähigkeit schaffen. Diese Entwicklungsanstrengungen wurden in dieser zweiten Phase fortgesetzt. Der Aufbau von Systemgrenzen wurde intensiviert, indem die *Rolle der ZNS im Zentrumsspital weiter geklärt* und *zusätzliche Kooperationsvereinbarungen an den Schnittstellen* des Notfalls ausgearbeitet wurden. Eine auf Regeln basierende Zusammenarbeit mit anderen Organisationseinheiten sowie ein stärker eingegrenztes und wechselseitig anerkanntes Dienstleistungsangebot sollte verhindern, dass der Notfall in seine Rolle als «Abfalleimer» (I-PF-8) oder «Mädchen für alles» (I-IM-1) zurückfällt. Der Aufbau von Systemgrenzen war aber herausfordernd: Das in der ersten Entwicklungsphase definierte Dienstleistungsangebot des Notfalls wurde *von aussen und von innen infrage gestellt*. Regelmässig wurde eine Erweiterung der Leistungen des Notfalls von aussen gefordert. Die Übernahme von Konsultationen, ambulanten Behandlungen und Dienstleistungen für andere Organisationseinheiten, die nicht in den Zuständigkeitsbereich des Notfalls fielen, schlich sich im organisationalen Arbeitsalltag fast unbemerkt wieder ein. Die *Systemgrenzen der ZNS* wurden dadurch *temporär erweitert* und *unterlagen ständigen Veränderungen*, denn die Frage, wer im Zentrumsspital für welchen Behandlungsprozess zuständig ist, wurde immer wieder diskutiert. Das Management-Team musste in *kommunikativen Aushandlungsprozessen mit Entscheidungsträgern* des Spitals den Verantwortungsbereich der ZNS erneut definieren, externe Ansprüche abwehren oder über eine Ausweitung des Dienstleistungsangebots entscheiden. Gleichzeitig wurde über *weitere Kooperationsvereinbarungen* versucht, personenunabhängige Entscheidungs-Praktiken zu etablieren.

Die untenstehende Tabelle 6 verdeutlicht anhand *einzelner Ereignisse und Beispiele*, wie der Zuständigkeitsbereich und das Dienstleistungsangebot der ZNS in der zweiten Entwicklungsphase 2 wiederholt infrage gestellt, unbemerkt ausgeweitet oder gezielt durch das Management-Team eingeschränkt wurde. Teilweise wurden Entscheidungen oder Weisungen hinsichtlich des Aufgabenbereiches der ZNS von anderen Organisationseinheiten missachtet, wie die ersten beiden Beispiele der untenstehenden Tabelle 6 zeigen (siehe Zeile 1 und Zeile 2).

Organisations -einheiten	Zeit	Veränderung im Dienstleistungsangebot und einhergehende Problemstellung der ZNS	Bearbeitung der Problemstellung durch das Management-Team	Nr.
Chirurgische und internistische Betten-stationen & ZNS	Mai 2015	**Dienstleistungsangebot der ZNS wird von aussen infrage gestellt.** Mehrere Patienten, die von einem anderen Spital an das Zentrumsspital angemeldet werden und stationär aufzunehmen sind, werden über den Notfall aufgenommen, und nicht über die entsprechende Bettenstationen (TB-6). **Problemstellung:** Einweisungen von stationären Patienten führen zu Kapazitätsengpässen. Die Aufnahme von stationären Patienten wird vom Pflegepersonal nicht als Notfall anerkannt und fällt nur in Ausnahmefällen in den Zuständigkeitsbereich der ZNS (TB-6).	**Entscheid durch Management-Team ZNS:** «Patienten, welche von Zuweisern für einen stationären Aufenthalt zugewiesen werden und keine Notfälle sind, sollen nicht über die ZNS aufgenommen werden, sondern regulär stationär eintreten» (D-9). Der chirurgische Chefarzt ZNS informiert Entscheidungsträger der chirurgischen Bettenstation über diese Weisung. Der leitende Arzt ZNS informiert Entscheidungsträger der internistischen Bettenstation (D-9).	1
Orthopädie & ZNS	Juni 2015	**Dienstleistungsangebot der ZNS wird von aussen infrage gestellt.** Die Orthopädie hat einen geplanten stationären Eintritt über die ZNS eintreten lassen, da der Patient zu keinem anderen Termin ins Zentrumsspital eintreten konnte (D-13). **Problemstellung:** Weisung der ZNS bzgl. dem Eintritt von stationären Patienten wird missachtet. Aufnahme von stationären Patienten erfolgt nur in Ausnahmefällen durch die ZNS (TB-6).	**Entscheid durch Management-Team ZNS:** «Keine geplanten stationären Patientenaufnahmen über die ZNS» (D-13). Der chirurgische Chefarzt ZNS sucht das Gespräch mit orthopädischen Entscheidungsträgern (D-13).	2
Neurologie bzw. Stroke Unit & ZNS	August 2015	**Dienstleistungsangebot der ZNS soll auf Druck von aussen erweitert werden.** Die Neurologie und die Stroke Unit fragt an, ob ein sogenanntes Dysphagie Screening auf der ZNS durch die Pflegefachpersonen durchgeführt werden kann (D-16). **Problemstellung:** Die Durchführung eines Dysphagie Screening ist nicht Aufgabe der Notfallpflege und fällt nicht in ihren Kompetenzbereich (TB-12).	**Entscheid durch Management-Team ZNS:** «LK ZNS sieht Dysphagie Screening nicht als Notfallbehandlungsauftrag, sondern vielmehr als Kompetenz der spezialisierten Pflege der Stroke Unit» (D-16). Der leitende Arzt ZNS und Innere Medizin informiert die Neurologie über diesen Entscheid und gibt Anregung, dass Dysphagie Screenings durch die Pflegemitarbeitenden der Stroke Unit durchzuführen sind (D-16).	3

Pneumologie & ZNS	Dezember 2015	**Dienstleistungsangebot der ZNS soll auf Druck von aussen erweitert werden.** Die Pneumologie fragt das Management-Team der ZNS an, ob notfallmässige Bronchoskopien in der Nacht im Schockraum mithilfe der ZNS-Pflege durchgeführt werden können (D-26). **Problemstellung:** Dafür notwendige Kompetenzen und zeitliche Ressourcen fehlen. Diese Behandlung fällt nicht in den Zuständigkeitsbereich der ZNS (D-26).	**Entscheid durch Management-Team ZNS: «**Die ZNS ist nicht der richtige Ort, die ZNS-Pflege hat nicht die richtigen Kompetenzen, um drohende Atemwegsprobleme zu behandeln. Hierzu sollte direkt die Anästhesie angefragt werden» (D-26). Entscheidungsträger in der Pneumologie werden durch das Management-Team über diesen Entscheid informiert (D-26).	4
Chirurgische Bettenstation & ZNS	Dezember 2015	**Zuständigkeitsbereich der ZNS wird von aussen infrage gestellt.** Der Notfall will keine Bettenstation sein (D-24). Das Pflegepersonal der ZNS stellt dennoch fest, dass Patienten oftmals lange auf der ZNS liegen und auf eine ambulante chirurgische Behandlung warten. **Problemstellung:** Personelle und infrastrukturelle Ressourcen der ZNS werden beansprucht (D-24).	**Entscheid durch Management-Team ZNS: «**Die Patienten, welche länger auf eine ambulante OP warten müssen, sollen frühzeitig auf die Bettenstation Chirurgie verlegt werden. Ein längeres Warten auf der ZNS muss mit Blick auf die sehr knappen Platz-Ressourcen verhindert werden» (D-24).Der chirurgische Chefarzt sucht diesbezüglich das Gespräch mit der STV Pflegeleitung Chirurgie, um den Prozess der Patientenverlegung zu koordinieren (D-24).	5
Neurologie & ZNS	Januar 2016	**Dienstleistungsangebot der ZNS soll auf Druck von aussen erweitert werden.** Aufgrund einer Anfrage der Neurochirurgie soll die ZNS ihr Dienstleistungsangebot ausbauen und Schmerzinfiltrationen anbieten. So könnte die Neurochirurgie entlastet werden (TB-25). **Problemstellung:** Personelle und infrastrukturelle Ressourcen der ZNS werden beansprucht (TB-25).	**Entscheid durch Management-Team ZNS:** Da dafür nötige Räumlichkeiten und Stellen bei den MPAs vollständig ausgeschöpft sind, könnte man die Infiltrationen nur durchführen, wenn zusätzliche Ressourcen gesprochen werden (TB-25). Der chirurgische Chefarzt ZNS sucht das Gespräch mit dem neurologischen Entscheidungsträger (TB-25).	6
Chirurgische und medizinische Kliniken & ZNS	April 2016	**Definiertes Dienstleistungsangebot der ZNS wird von aussen infrage gestellt.** Die Pflegeleitung der ZNS stellt fest, dass auf der ZNS aktuell viele Abklärungen und Behandlungen durchgeführt werden, die nicht Notfallabklärungen sind und auf den	**Entscheid durch Management-Team ZNS:** Das Management-Team beschliesst, diese Thematik weiterhin zu beobachten. Die ärztliche Leitung der ZNS sollen Gespräch mit entsprechenden Oberärzten und Assistenzärzten führen, falls sich	7

		chirurgischen und medizinischen Kliniken erfolgen könnten (TB-26). **Problemstellung:** Weisung der ZNS, dass nur Notfallbehandlungen auf dem Notfall erfolgen sollen, werden missachtet (TB-9).	die Beobachtung der Pflegeleitung bestätigt (TB-26).	
Medizinische Tagesklinik & ZNS	April 2017	**Definiertes Dienstleistungsangebot der ZNS wird von aussen infrage gestellt und temporär ausgebaut**. Das Pflegepersonal der ZNS stellt fest, dass über die Ostertage zusätzliche Dienstleistungen und Konsultationen von nicht aufschiebbaren Behandlungen für die medizinische Tagesklinik übernommen wurden (D-63). **Problemstellung:** Die Pflegemitarbeitenden der ZNS müssen zusätzliche Dienstleistungen erbringen, die nicht in den Aufgabenbereich des Notfalls fallen (D-63).	**Entscheid durch Management-Team ZNS:** Das Management-Team analysiert, wie gross der Mehraufwand für das Pflegeteam war und welche Dienstleistungen künftig nicht mehr von der ZNS ausgeführt werden müssen. «Für die bevorstehenden Feiertage (Pfingsten) soll ein Infomail in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Tagesklinik verfasst werden. In diesem Mail soll vermerkt werden, dass für die Konsultation von Patienten der medizinischen Tagesklinik künftig ein Zeitfenster von 9:00 – 11:00 Uhr auf der ZNS zur Verfügung steht.» (D-63). Die ärztliche Leitung ZNS sucht das Gespräch mit Entscheidungsträgern der medizinischen Tagesklinik (D-63).	8
IPS und Rettung & ZNS	November 2017	**ZNS erweitert eigene Dienstleistungen.** Im Management-Team der ZNS wird diskutiert, ob das Personal des Notfalls sogenannte nicht-invasive Beatmungstherapien (NIV-CPAP Therapien) durchführen soll, oder diese Patienten durch die Intensivstation betreut werden. **Problemstellung:** Bietet der Notfall diese Behandlung nicht an, kommt es zu einem Bruch im Behandlungsprozess, falls die Rettung einen Patienten bringt, der eine NIV-Therapie braucht. So kann verhindert werden, dass das IPS-Personal unnötigerweise auf den Notfall gerufen wird. Das Personal der IPS müsste dann nur bei Bedarf aufgeboten werden.	**Entscheid durch Management-Team ZNS:** «Die gesamte LK ist sich einig, dass die ZNS die Betreuung von NIV-Patienten auch anbietet. Die Pflege muss sich evtl. diesbezüglich weiterbilden. Auch bei der Medizin müsste der ärztliche Leiter Innere Medizin abklären, ob die Kaderärzte diese Kompetenzen haben.» (D-80).	9

Tabelle 6: Die Veränderung des Dienstleistungsangebots der ZNS

Im analysierten Datenmaterial lassen sich viele weitere vergleichbare Beispiele finden. Die in der Tabelle 6 aufgeführten Beispiele zeigen idealtypisch auf, dass das Management-Team der ZNS während dieser zweiten Entwicklungsphase regelmässig Anfragen externer und interner Akteure zu bearbeiten hatte, ob einzelne Behandlungsprozesse von der ZNS erbracht werden können. Weil der Notfall die einzige Abteilung im Spital ist, die einen *24-Stunden-Betrieb* anbietet und an jedem Tag im Jahr geöffnet ist, bestand die Tendenz, dass chirurgische und medizinische Kliniken bestimmte Entscheidungsprozesse an die Notfallstation auslagerten und die *ZNS als Warteraum für Patienten* (siehe Zeile 5) oder als *medizinische Tagesklinik und Abklärungsstation* nutzten (siehe Zeile 7). In anderen Worten ausgedrückt: Nicht mehr handhabbare Komplexität des Zentrumsspitals wurde in den Notfall «verschoben», dessen Türen nie geschlossen werden können. Dadurch entstanden *Zielkonflikte bezüglich des Einsatzes von personellen und infrastrukturellen Ressourcen* zwischen dem Notfall und Organisationseinheiten des Spitals. Diese Zielkonflikte wurden durch das Management-Team der ZNS beobachtet, analysiert und bearbeitet. Das Management-Team musste wiederholt bestimmen, auf welche externen Anliegen die ZNS eingehen möchte, und welche Behandlungsprozesse nicht in den Verantwortungsbereich des Notfalls fallen. Die Rolle der ZNS und ihre Aufgabenfelder konnten daher *nicht einmalig festgelegt werden*, sondern mussten im Arbeitsalltag immer wieder ausgehandelt werden. Einmal definierte «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) wurden zur Disposition gestellt.

Die temporäre *Veränderung der Systemgrenze der ZNS* hatte wiederum das Potenzial, *interne Entscheidungsprozesse zu destabilisieren*. Das Management-Team musste daher entstandene Unsicherheiten über die Frage, welche Entscheidungen auf der ZNS erfolgen und welche nicht, kontinuierlich bearbeiten. Dadurch wurden die *Verantwortlichkeiten und die Grenzen des Systems* entweder *bestätigt* oder *neu definiert*, *geschlossen oder geöffnet*. An den Zitaten der zweitäussersten Spalte der Tabelle («Bearbeitung der Problemstellung durch das Management-Team») wird ersichtlich, dass das Management-Team vor allem darauf hinarbeitete, *das System vor zusätzlichen Aufgaben zu schützen* und das *Dienstleistungsportfolio einzuschränken*. Gleichzeitig konnte aber auch beobachtet werden, dass die ZNS ihre Dienstleistungen selbst erweiterte, wenn dadurch die Zusammenarbeit mit anderen Organisationseinheiten erleichtert wurde, wie das letzte Beispiel in Zeile 9 zeigt. Die Überschrift «Entscheid durch Management-Team ZNS» in der zweitäussersten Spalte der obigen Tabelle 6 soll nicht den Eindruck erwecken, dass das Dienstleistungsangebot des Notfalls alleine durch das Management-Team der ZNS definiert werden konnte. Die *Herstellung von Akzeptanz bezüglich der Rolle der ZNS*

innerhalb des Spitals war gerade die sich hier stellende Herausforderung. Inwiefern Weisungen und Entscheidungen der ZNS im Arbeitsalltag *wirksam und anerkannt* wurden, hing insbesondere vom *Austausch des Management-Teams mit anderen Entscheidungsträgern des Spitals* ab. Das Management-Team nutzte den Umstand, dass es aufgrund des Organisations- und Führungsmodells in unterschiedlichen Gremien und Departementen des Spitals vertreten war. Über zahlreiche Plattformen wurden die immer wieder aufkommenden Fragen geklärt, welche Entscheidungs- und Behandlungsprozesse durch welche Organisationseinheit zu bearbeiten haben. Die Entscheidungen über die Einschränkung oder Ausweitung des Dienstleistungsangebots kamen oftmals zwischen einzelnen Personen des Management-Teams der ZNS und anderen Management-Verantwortlichen des Spitals zustande und waren von *bilateralen Absprachen* geprägt. Welche Auswirkungen die dadurch errungenen Entscheidungen auf den Arbeitsalltag der ZNS hatten und ob diese *innerhalb und ausserhalb des Notfalls auf Akzeptanz* stiessen, musste durch das Management-Team laufend beobachtet werden.

Neben der Klärung der Frage, welche Organisationseinheiten für welche Entscheidungsprozesse verantwortlich sind und *wo somit die Systemgrenzen der ZNS verläuft*, wurde in dieser zweiten Phase auch der Aufbau von *Kooperationsvereinbarungen* intensiviert. Insbesondere im Austausch mit der chirurgischen und medizinischen Bettenstation, der Rettung und der Radiologie wurde versucht, *personenunabhängige und zeitlich stabile Entscheidungsprozesse* zu etablieren und die Zusammenarbeit an den Schnittstellen in *regelbasierte Kooperationen* zu überführen. Dies war unabdingbar, wenn der Kontakt mit der Umwelt stärker reguliert, das *System vor destabilisierenden Eingriffen von aussen geschützt* und Systemgrenzen weiter stabilisiert werden sollen. Im Zuge dieser Entwicklungsanstrengungen wurde z.B. der Prozess der Verlegung von internen Notfallpatienten standardisiert (siehe Zeile 1) oder die Übergabe von Notfallpatienten, die mit den Rettungsdiensten auf den Notfall eintreten, formell festgelegt (siehe Zeile 2). Die untenstehende Tabelle 7 stellt die zeitliche Entwicklung und den *Aufbau zentraler Kooperationsvereinbarungen* zwischen der ZNS und anderen Organisationseinheiten anhand von *drei idealtypischen Beispielen* dar.

Involvierte Organisations-einheiten	Gegenstand von Kooperations-vereinbarungen	Zeitliche Entwicklung von Kooperationsvereinbarungen und regelbasierten Entscheidungs-Praktiken	Nr.
Chirurgische und medizinische Betten-stationen	Verlegung von internen Notfallpatienten auf die ZNS	**März 2017** Der Prozess der Verlegung von internen Notfallpatienten scheint unklar zu sein. Der Handlungsbedarf wird aufgrund einer CIRS-Meldung erkannt. Das Management-Team beauftragt eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe für die Definition des Patientenprozesses bei internen Verlegungen von Stationen auf die ZNS (D-59). Ziel der Arbeitsgruppe ist es, bis zum Sommer 2017 für alle Kliniken eine einheitliche Regelung und verbindliche Richtlinie zu erstellen, welche Patienten interne Notfälle sind, und wie sie konkret auf die ZNS verlegt werden (D-90). **März 2017 – Juni 2017** Die Arbeitsgruppe definiert Richtlinie für die Verlegung in Absprache mit den chirurgischen und medizinischen Bettenstationen. **Juni 2017** Die Verlegung von internen Notfällen wird definiert und verlegte Patienten werden nun im SAP abgebildet: «In Zukunft wird jeder Patient, der zur Behandlung auf die ZNS verlegt wird, via SAP von der Bettenstation auf die ZNS verlegt. Nur so ist es möglich den Patienten auf der ZNS korrekt (Kojenbelegung, E-Dokumentation, Leistungserfassung etc.) abzubilden. Per 1.7.2017 werden alle Patienten via SAP auf die ZNS verlegt. Die Verantwortung für die Verlegung liegt beim Koordinator, Unterstützung erfolgt durch die MPAs. In der Nacht liegt die Verantwortung bei der Pflege» (D-66).	1
Rettung	Anmeldung und Übergabe von Notfallpatienten von Rettung an ZNS	**August 2015** Die beiden Schockräume werden umgebaut. Der Anmeldeprozess von Schockraum-Patienten ist der Rettung aufgrund der Bauarbeiten nicht klar und Patienten werden nicht oder falsch im Notfall angemeldet (TB-12). Das Pflegepersonal meldet an das Management-Team, dass keine regelbasierten Übergabeprozesse von Patienten stattfinden. **November 2015** Die ZNS organisiert einen Zuweiseranlass und Informationsaustausch, um die Rettungsdienste über die Standards und Richtlinien im Schockraum der ZNS zu schulen (TB-15).	2

		Januar 2016 Die Rettung erarbeitet einen schriftlichen Vorschlag, wie die standardisierte Patientenübergabe von Rettung an die ZNS erfolgen soll. Eine gemeinsame Finalisierung und Anpassung der Richtlinie erfolgt durch das Management-Team und dem Leiter des Rettungsdienstes im Rahmen der Leitungskonferenz. Es wird definiert, welche Informationen bei der Anmeldung an die ZNS weitergeleitet werden, dass sich die Rettung bei der Koordinatorin zu melden hat, welche Berufsgruppen der ZNS bei der Patientenübergabe dabei sein müssen, welche Informationen bei der Übergabe zwischen Rettung und ZNS ausgetauscht werden müssen und dass nach Übergaberapport die Verantwortung für die Monitorisierung und Behandlung des Patienten an die ZNS übergeht. Es werden gemeinsame Schulungen geplant (D-23, D-32). **Juni 2016** Es finden diverse Fortbildungsanlässe bezüglich Schockraum-Konzept, Anmeldung und standardisierter Übergaberapport von Patienten zwischen Rettung und der ZNS statt. Die ZNS informiert über interne Richtlinien und führt Schulungen und Simulationstraining durch (TB-25). **ab Juni 2016** Das Management-Team beobachtet die sich einspielenden Entscheidungs-Praktiken zwischen Rettung und ZNS, bearbeitet Unklarheiten und Anliegen seitens der Mitarbeitenden und prüft zusammen mit dem Leiter des Rettungsdienstes, ob sich die Praxis im Alltag bewährt (TB-26).	
Radiologie	Verfügbarkeiten des radiologischen Notfallpersonals sowie Ablauf für Befundungen von Röntgenbildern, CTs und Sonographien	**September 2015** Das Personal und das Management-Team der ZNS kritisiert die geringe Verfügbarkeit des radiologischen Notfallpersonals, fehlende Richtlinien und Regeln bezüglich der Befundung von Röntgenbildern sowie unklare Abläufe bzgl. des Transports von Patienten zwischen Röntgen und Notfall (TB-13). **Juli 2015** Anmeldeprozess von Röntgenbildern durch das ärztliche Personal an Radiologie wird vereinfacht: Anstatt dass die Anmeldung von Röntgenbildern durch die ZNS schriftlich und telefonisch zu erfolgen hat, müssen Röntgenbilder nur noch schriftlich angemeldet werden (I-C-4). **November 2015** Die Notfall-Radiologie wird auf Initiative des Management-Teams der ZNS in die Räumlichkeiten des Notfalls integriert: Neu steht ein fahrbarer Computertomograph, eine konventionelle Röntgenanlage sowie ein Raum	3

		inklusive Gerät für Sonographie-Untersuchungen auf dem Notfall zur Verfügung. Es werden zusätzliche Stellen für eine MTRA sowie für einen Assistenzarzt für Notfall-Radiologie geschaffen (D-68, D-78). Künftig betreiben eine fix eingeteilte MTRA sowie Assistenz- und Kaderärzte die Notfall-Radiologie auf der ZNS (D-78). Es findet eine Erwartungsklärung auf Kaderstufe zwischen der ZNS und der Radiologie zur Vermeidung von Mitarbeiterkonflikten statt. Grundanspruch der ZNS ist, dass Notfallpatienten mit Priorität behandelt werden und die Verfügbarkeit eines radiologischen Assistenzarztes gegeben ist (D-18). Das Management-Team versucht, das radiologische Personal stärker in den Arbeitsalltag der ZNS zu integrieren (TB-14). Zur Optimierung der Zusammenarbeit werden Schulungen und Feedbackgespräche zwischen radiologischem Personal und der ZNS durchgeführt (D-24). **Juli 2016** Die physische Präsenz der Radiologie auf dem Notfall führt zu einer höheren Verfügbarkeit des radiologischen Personals, zu schnelleren Befundungen und geringeren Wartezeiten für das ärztliche Personal der ZNS (I-PF-15). **Januar 2017** Das ärztliche Personal der ZNS kritisiert, dass es zu langen Wartezeiten bei der Befundung von Schnittbilddiagnostik durch das radiologische Personal kommt. Das ärztliche Notfallpersonal wird zudem nicht mehr telefonisch durch den Notfall-Radiologen über den Befund informiert. Das Management-Team initiiert einen Erwartungs- und Erfahrungsaustausch mit dem leitenden Arzt der Radiologie. Dieser erklärt, dass die Radiologie gewisse Probleme erkannt hat und an einer Lösung arbeite, da die Probleme teilweise auf personelle Engpässe über die Feiertage zurückzuführen sind. Schnittbefunde für Abdomen, Schädel und Thorax sollen dem ärztlichen Personal der ZNS wieder telefonisch mitgeteilt werden (D-53). **Februar 2017** Der Chefarzt der ZNS berichtet, dass sich der Erfahrungsaustausch mit dem radiologischen Personal positiv ausgewirkt hat, sich die Präsenz der radiologischen Ärzte auf dem Notfall verbessert hat und die aktiven Befundrückmeldungen erfolgen (TB-74).	

Tabelle 7: Die Entwicklung regelbasierter Kooperationsvereinbarungen

Diese drei Beispiele zeigen, dass die Erarbeitung von Kooperationsvereinbarungen einem ähnlichen Muster folgte: In einem ersten Schritt musste zunächst aufgrund von Rückmeldungen von Mitarbeitenden, CIRS-Meldungen oder Beobachtungen des Management-Teams *Handlungsbedarf* für den Aufbau regelbasierter Entscheidungs-Praktiken erkannt werden. In einem zweiten Schritt erarbeiteten *interdisziplinäre Arbeitsgruppen* Richtlinien und Regeln für die Zusammenarbeit zwischen Organisationseinheiten und legten Entscheidungs-Praktiken formal fest. Dabei wurde definiert, welche Organisationseinheit wann über welchen Sachverhalt zu entscheiden hat. Diese Kooperationsvereinbarungen wurden teilweise in *schriftlichen Protokollen oder Hand-outs* festgehalten. In einem dritten Schritt wurde mithilfe von Informationsanlässen, Schulungsveranstaltungen, Erwartungsklärungen und persönlichen Gesprächen mit Mitarbeitenden und Entscheidungsträgern der involvierten Organisationseinheiten versucht, *Akzeptanz* für Kooperationsvereinbarungen aufzubauen und die neuen Entscheidungsprozesse im *Arbeitsalltag zu verankern*. Ob dies gelang und sich eine *Routinisierung der neuen Formen der Entscheidungsfindung* einstellte, wurde durch das Management-Team beobachtet. Die Erarbeitung dieser Kooperationsvereinbarungen erfolgten in *kommunikativen Aushandlungsprozess*, die sich über mehrere Jahre hinzogen.

Neben diesen drei hier skizzierten Kooperationsvereinbarungen wurden in dieser zweiten Entwicklungsphase zudem mit der Intensivstation, dem Labor und weiteren Kliniken des Zentrumsspitals regelbasierte Entscheidungsprozesse aufgebaut. Der *Gegenstand von Kooperationsvereinbarungen* mit der Intensivstation war ähnlich wie bei der chirurgischen und medizinischen Bettenstation die Frage, welche Patienten auf der Intensivstation oder der ZNS behandelt werden sollten und wie die Verlegung von Notfall-Patienten erfolgen soll (TB-34). Mit dem Labor wurde ein standardisierter Prozess für die Anmeldung elektronischer Laboraufträge ausgearbeitet (D-40).

Interpretation aus einer theoretischen Perspektive

Bereits in der ersten Entwicklungsphase hat das Management-Team den *Aufbau von Systemgrenzen über die Definition des Leistungsangebots* vorangetrieben. Diese Entwicklungsanstrengungen wurden in der zweiten Phase fortgesetzt und intensiviert. Es wurde versucht, die Systemgrenzen der ZNS zu stabilisieren, die *Rolle des Notfalls* im Spital zu klären und *klarere Verantwortlichkeiten in Entscheidungsprozessen* zu definieren. Nur wenn sich Mitarbeitende unterschiedlicher Berufsgruppen wechselseitig unterstellen können, *wann, wo, welche Entscheidung* wie getroffen wird und somit «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) entstehen, können *regelbasierte und kollektive Formen von Entscheidungs-Praktiken* aufgebaut werden. Andernfalls erfolgen

Entscheidungsprozesse nur situativ und spontan. Wenn der Verantwortungsbereich des Notfalls und Entscheidungsprozesse an den Schnittstellen unklar sind, bedeutet dies, dass sich nur schwer eine Routinisierung von Entscheidungs-Praktiken und ein systemeigenes Prozessieren von Entscheidungen einstellen kann. Die obigen Ausführungen zeigen auf, dass der *Aufbau von Systemgrenzen ein kommunikativer und zeitlich andauernder Prozess* war. Obwohl bereits in der ersten Entwicklungsphase versucht wurde zu definieren, welche Behandlungsprozesse auf der Notfallstation und welche auf anderen Abteilungen des Spitals erbracht werden, konnten diese Fragen *über mehrere Jahre nicht eindeutig geklärt werden*. Das definierte Leistungsangebot der ZNS wurde von der Umwelt kontinuierlich infrage gestellt und Systemgrenzen potenziell destabilisiert. Man könnte auch sagen, dass regelmässig die *Komplexität des Spitals in den Notfall verlagert wurde*. Anders als zu Beginn der ersten Entwicklungsphase wurden diese externen Anfragen und die *Verlagerung von Komplexität* in den Notfall nun aber systematisch durch das Management-Team der ZNS bearbeitet und der Umweltkontakt durch die ZNS selbst reguliert. Für die Bearbeitung dieser Fragen gab es nun eine *kommunikative Anlaufstelle* und *Adressaten*. Mehrere Male wurden die externen Anfragen bezüglich des Ausbaus des Dienstleistungsangebots durch die ZNS abgewiesen (siehe Zeile 1-5 und 8, Tabelle 6) und dadurch Komplexität «abgepuffert». So wurde z.B. die Anfrage hinsichtlich Dysphagie Screening im August 2015 oder die Durchführung notfallmässiger Bronchoskopien im Dezember 2015 mit der Begründung abgewehrt, «die ZNS ist nicht der richtige Ort» (D-26) oder die entsprechende Behandlung sei «nicht Aufgabe des Notfalls und fällt nicht in dessen Kompetenzbereich» (TB-12). Das Management-Team agierte als Grenzstelle und konnte *das System vor zusätzlicher Komplexität schützen*. Dank der systematischen Bearbeitung dieser externen Anfragen durch das Management-Team konnte der Notfall allmählich *eine eigene kommunikative Selektivität aufbauen*, denn für bestimmte Aufgabenbereiche, wie z.B. notfallmässige Bronchoskopien oder Dysphagie Screenings, wurde das System zunehmend indifferent. Somit *schärften sich die Aufgabenbereiche der ZNS* innerhalb des Spitals über die Zeit allmählich. Gleichzeitig war diese Rollenklärung aber eine fragile Angelegenheit: Nicht immer konnte über die Gestaltung des Dienstleistungsangebots im Management-Team gezielt entschieden werden. Aufgrund der Unübersichtlichkeit und Schnelllebigkeit des Arbeitsalltages im Spital wurde das Dienstleistungsangebot der ZNS teilweise auch temporär ausgebaut, *ohne* dass ein Entscheidungsträger der ZNS darüber entschieden hat und ohne dass eine konkrete Anfrage an das Management-Team gerichtet wurde. So wurde im April 2017 erst im Nachhinein festgestellt, dass über die Feiertage zusätzliche Dienstleistungen und Konsultationen für die medizinische Tagesklinik übernommen wurden, die nicht in den Verantwortungsbereich

der ZNS gehören (siehe Zeile 8, Tabelle 6). Die Übernahme dieser Dienstleistungen *schlich sich im organisationalen Arbeitsalltag fast unbemerkt* und sozusagen *«hinter dem Rücken» von Entscheidungsträgern* ein. Im Nachhinein musste daher entschieden werden, welche Behandlungsprozesse künftig durch den Notfall erfolgen sollen und welche nicht. Durch die *temporäre Erweiterung der Dienstleistungen* des Notfalls entstanden sowohl innerhalb als auch ausserhalb der ZNS *heterogene Auffassungen über die Zuständigkeitsbereiche des Notfalls*. Solange Verantwortlichkeiten regelmässig verändert werden oder unterschiedliche Verständnisse vorliegen, an welcher Stelle Entscheidungen getroffen werden, ist die Etablierung von regelbasierten und routinisierten Entscheidungsprozessen gefährdet. Das wechselseitige Unterstellen von Handlungen und Entscheidungen wird dadurch erschwert. Aufgrund der Geschichte des Notfalls war es für Mitarbeitende teilweise problematisch, wenn zusätzliche Dienstleistungen vom Notfall einfordert wurden, da eine Rückkehr in die Rolle des «Abfalleimers» (I-PF-8) und eine *Destabilisierung der sich einspielenden Entscheidungs-Praxis* befürchtet wurde (D-63).

Trotz der Herausforderungen im Aufbau von Systemgrenzen und deren kontinuierliche Neujustierung kann im Vergleich zur ersten Entwicklungsphase eine stärkere *operative Schliessung des Notfalls* beobachtet werden. Dies zeigt sich zum einen darin, dass der Notfall für bestimmte Aufgabenstellungen zunehmend indifferent und sein *Verantwortungsbereich sukzessive kleiner* wurde. Zum anderen zeigt sich die stärkere operative Schliessung des Notfalls auch in der Art und Weise, *wie* Kooperationsvereinbarungen und Entscheidungs-Praktiken erarbeitet wurden. Die drei skizzierten Beispiele (siehe Tabelle 7) zeigen, dass die ZNS die Gestaltung von Entscheidungs-Praktiken eigenständig in Angriff nahm. Die Erarbeitung von Richtlinien und Standards erfolgte zwar in interdisziplinären Arbeitsgruppen und in Zusammenarbeit mit betroffenen Kliniken. Diese Arbeitsgruppen waren aber vom Management-Team der ZNS beauftragt. Die Gestaltung von Entscheidungs-Praktiken erfolgte nicht wie in der ersten Entwicklungsphase *fremdbestimmt*, sondern wurde aktiv von der ZNS initiiert. Die erarbeiteten Standards bezüglich der Verlegung, Anmeldung und Übergabe von Patienten wurde massgeblich von der ZNS mitbestimmt, die nun autonomer über die eigene Entscheidungsprozesse und Kooperationsvereinbarungen an den Schnittstellen des Systems entschied. Ziel dieser Kooperationsabkommen war die Einführung *regelbasierter und personenunabhängigen Entscheidungs-Praktiken*. In diesem Sinne stand auch hier eine stärkere «*Programmierung» von Entscheidungen* und eine stärkere *Formalisierung der formalen Kommunikationswege* im Vordergrund. Es wurde bezüglich unterschiedlicher Themen wie der Verlegung von internen Notfallpatienten, der Übergabe von Patienten

durch die Rettung sowie der Verfügbarkeit des radiologischen Personals definiert und eingegrenzt, wer, wann, welche Entscheidung zu treffen hat. Dies führte wiederum zu einer *Reduktion von Komplexität in Entscheidungsprozessen* sowie zu einem *höheren Mass an Erwartungssicherheit* – sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Notfalls. In Bezug auf das radiologische Personal kann zudem gesagt werden, dass *Mitgliedschaftserwartungen konkretisiert,* klarer adressiert und deren Einhaltung überprüft wurden. Die ZNS hat zunehmend mehr Präsenz des ärztlichen Personals für Notfall-Radiologie eingefordert. In diesem Sinne wurden die *Mitgliedschaftsgrenzen* erweitert, indem das Personal für Notfall-Radiologie stärker in die Arbeitsprozesse integriert und immer mehr als Mitglieder der ZNS betrachtet wurden. Dies schuf *zusätzliche Erwartungssicherheiten*, denn das ärztliche Personal der ZNS konnte in der Regel davon ausgehen, dass die kommunikative Erreichbarkeit der Notfall-Radiologie gegeben ist. Somit konnte in der Folge *der Anmelde- und Befundungsprozess von Röntgen- und Sonographiebildern* in einer standardisierten Weise erfolgen.

Die zunehmende «Programmierung» und Gestaltung von Entscheidungen *an den Grenzen des Systems* war eine wichtige Voraussetzung dafür, dass *daran anschliessende Entscheidungsprozesse*, wie die Patientenanmeldung, die Triage oder ärztliche Diagnose- und Behandlungsprozesse, ebenfalls in regelbasierte und stabile Entscheidungsformen überführt werden konnten. Nur wenn das Pflegepersonal dem Rettungspersonal unterstellen kann, dass Patienten immer in der gleichen Art und Weise angemeldet werden und dabei die gleichen Informationen ausgetauscht werden, kann darauf aufbauend eine personenunabhängige Triage erfolgen. Eine regelbasierte Entscheidungs-Praxis an den Schnittstellen des Systems war eine *Voraussetzung für die regelbasierte Entscheidungs-Praxis innerhalb der ZNS*. Für die organisationale Entwicklung der ZNS ist dabei von zentraler Bedeutung, dass die Gestaltung von Entscheidungen und der Aufbau von Kooperationsabkommen *durch Entscheidungsträger der ZNS selbst vorangetrieben* wurde. Die ZNS bestimmte stärker, wie Entscheidungen an den Grenzen sowie innerhalb des Systems zustande kommen. Sie konnte sich als System mit einer *systemeigenen Form des Prozessierens von Entscheidungen* etablieren.

Zusammenfassende Reflexion

Die obigen Ausführungen zeigen, dass der *Aufbau und die Stabilisierung von Systemgrenzen in einem mehrjährigem Kommunikations- und Aushandlungsprozess* erfolgten. Dabei waren sowohl *Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung* beobachtbar: Wurde das Dienstleistungsangebot erweitert und zusätzliche Behandlungsprozesse durch den Notfall übernommen, wurden die bestehenden Systemgrenzen verschoben und vergrössert. Zusätzliche Entscheidungsprozesse wurden in das Repertoire des Notfalls aufgenommen, bestehende Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen destabilisiert und neue wiederum aufgebaut. Wurde hingegen das Dienstleistungsangebot eingeschränkt, kam es zur Schliessung von Grenzen. Indem definiert wurde, wofür und wofür nicht der Notfall zuständig ist, konnten *wechselseitige Erwartungssicherheiten aufgebaut* und in der Folge *koordiniertes Entscheiden und Handeln* ermöglicht werden. Aufgrund der organisationalen und strukturellen Einbettung des Notfalls in das Spital gestaltete sich die Definition des Verantwortungsbereiches der ZNS als herausfordernd: Das definierte Dienstleistungsangebot des Notfalls wurde *von der Umwelt kontinuierlich infrage gestellt*, hinter dem Rücken von Mitarbeitenden und Entscheidungsträgern angepasst oder gezielt eingeschränkt oder erweitert. *Systemgrenzen und Erwartungsräume* wurden dadurch *destabilisiert*. Die Frage, welchem System welche Entscheidungen kommunikativ zugeschrieben werden können, musste erneut entschieden werden. Für die Bearbeitung dieser Fragen brauchte es eine *Entscheidungsinstanz*, welche die Gestaltung von Systemgrenzen und die Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung von Erwartungsräumen verantwortete und monitorisierte. Das Management-Team hatte diesbezüglich eine wichtige Rolle und schützte das System vor zusätzlicher Komplexität. Dabei fällt auf, dass Entscheidungen bzgl. des Dienstleistungsangebots und der Gestaltung von Entscheidungs-Praktiken zwischen einzelnen Organisationseinheiten oftmals in *bilateralen Absprachen und Übereinkünften* erarbeitet wurden: Das Management-Team der ZNS nutzte den Umstand, dass sie aufgrund des Organisations- und Führungsmodells *in unterschiedlichen Gremien vertreten waren,* und suchte den aktiven Austausch mit relevanten Entscheidungsträgern des Zentrumsspitals. Diese *bilateral erarbeiteten Entscheidungen* mussten dann aber *im Arbeitsalltag kollektiviert* und Erwartungsräume entweder vergrössert oder verkleinert, stabilisiert oder destabilisiert werden. Trotz dieser Neujustierung von Systemgrenzen konnte sich der Notfall in dieser Entwicklungsphase *stärker operativ schliessen* und entwickelte eine *strukturelle Indifferenz* auf: Für gewisse Entscheidungsprozesse fühlte sich der Notfall immer weniger verantwortlich, und dies wurde auch von anderen Organisationseinheiten beobachtet. Auch

konnte der Kontakt mit der Umwelt stärker kanalisiert und *Entscheidungsprozesse an den Schnittstellen in regelbasierte Kooperationsvereinbarungen* überführt werden. Die Erarbeitung dieser Kooperationsvereinbarungen mit anderen Organisationseinheiten ist Ausdruck einer stärkeren *strukturellen Ausdifferenzierung des Systems*. Entscheidungen erfolgten nun *stärker regelbasiert* und immer *weniger personenbasiert*. Durch den Aufbau regelbasierter Entscheidungs-Praktiken an Schnittstellen *kristallisierte sich eine Differenz zwischen dem System «Notfall» und seiner «Umwelt»* deutlicher heraus. Dabei entwickelte sich ein *Muster*, wie Kooperationsvereinbarungen entstehen. *Entscheidungen* wurden *auf eine systemspezifische Art und Weise gestaltet und hervorgebracht*. Die Schärfung der Rolle der ZNS innerhalb des Spitals und die *aktive Gestaltung von Entscheidungsprozessen an den Schnittstellen* des Notfalls führten zu einem *höheren Mass an gegenseitiger Erwartungssicherheit* – sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Notfalls. Diese nun deutlicher beobachtbaren «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1964: 60) waren wichtige Voraussetzungen dafür, dass die ZNS die «*Programmierung» bzw. Gestaltung von internen Entscheidungs-Praktiken* in Angriff nehmen konnte.

8.2.2 Die Einführung einer regelbasierten Entscheidungs-Praxis

Die Wertschöpfung der ZNS besteht aus einem Netz von räumlich und zeitlich verteilt stattfindenden Entscheidungs-Praktiken. Ohne eine kollektive Entscheidungs-Praxis und ohne erprobte Formen der Bewältigung von Komplexität könnte eine Organisation nicht funktionieren – schon gar nicht eine Notfallstation, die *unter hohem Zeitdruck schnelle und kollektiv bindende Entscheidungen* hervorbringen muss. Vor allem wenn diverse Berufsgruppen an Entscheidungsprozessen beteiligt sind, braucht es *routinisierte Formen der Entscheidungsfindung*: Es muss gegenseitig unterstellt werden können, *wer wann welche* Entscheidung *wie* trifft. Die Bedingungen, unter denen eine Organisation *im Normallfall entscheidet*, sind festzulegen. Für koordiniertes Entscheiden und Handeln braucht es eine *Spezifikation von personenunabhängigen Strukturen*, oder wie Luhmann sagen würde, es braucht unhinterfragte «Entscheidungsprämissen» (Luhmann 2000: 222). Dies steht allerdings im Gegensatz zur oftmals *individuellen Handlungs- und Entscheidungsautonomie von Health Professionals* und macht den Aufbau von kollektiv akzeptierten Entscheidungs-Praktiken zu einer anspruchsvollen Managementaufgabe.

In der zweiten Entwicklungsphase konnte diese Spezifikation von Strukturen und Entscheidungsprämissen am *Aufbau eines Netzes von regelbasierten und kollektiv geteilten Entscheidungs-Praktiken* beobachtet werden. Das Management-Team und Mitarbeitende haben während mehrerer Jahre darauf hingewirkt, *regelbasierte und strukturierte Formen der Entscheidungsfindung* zu etablieren. Dabei wurden nicht nur einzelne Entscheidungs-

Praktiken wie die Triage, der Fast-Track Behandlungsprozess, das digitale Anamneseverfahren, die zentrale Patientenaufnahme sowie das Koordinationsupdate neu gestaltet. Es galt ein komplexes Netz von miteinander verknüpften, aneinander anschliessenden, zeitlich vor- und nachgelagerten Entscheidungs-Praktiken aufzubauen. Entscheidungs-Praktiken konnten nicht isoliert gestaltet werden. Möchte man einzelne Abläufe in regelbasierte Entscheidungs-Praktiken überführen, so tangiert dies vor- oder nachgelagerte sowie parallel dazu stattfindende Entscheidungsprozesse. So ist z.B. eine funktionierende Patientenanmeldung eine hinreichende Voraussetzung für die Triage und diese wiederum ist die Voraussetzung dafür, dass Patienten im Fast-Track schnell und unter minimalem Ressourceneinsatz betreut werden können.

Es entwickelte sich ein *Muster*, wie Entscheidungsprozesse typischerweise in geregelte Formen der Zusammenarbeit überführt wurden: Die Management-Verantwortlichen stellten ein *interdisziplinäres Projektteam* mit einem konkreten Auftrag zusammen, das z.B. den Prozess der Triage evaluieren, mit anderen Systemen vergleichen und neu definieren sollte (D-12). Die Projektgruppen erarbeiteten Konzepte, die durch das Management-Team angepasst wurden. Die neu definierten Entscheidungs-Praktiken wurden im Rahmen von *Pilotprojekten* getestet, weiter evaluiert, verschriftlich und schliesslich offiziell vom Management-Team verabschiedet (I-PF-17, TB-19). Daraufhin folgten Informations- und Schulungsveranstaltungen der vom Prozess tangierten Berufsgruppen und Organisationseinheiten sowie die konkrete Umsetzung der neuen Entscheidungs-Praktik im Arbeitsalltag. Oftmals wurden die Entscheidungs-Praktiken nach einigen Monaten evaluiert (D-36, D-158, TB-52). Verbesserungsvorschläge wurden durch das Management-Team geprüft und wenn nötig wurde die Entscheidungs-Praktik modifiziert (D-36). Dies bedeutete, dass über die Fragen *wer, wann, wie, worüber* entscheidet, im Prozess der Erarbeitung einer neuen Entscheidungs-Praktik immer wieder neu entschieden werden musste und sich Entscheidungs-Praktiken über die *Zeit dynamisch veränderten*. Das interdisziplinäre Management-Team agierte dabei als Ansprechperson für Mitarbeitende sowie als *übergeordnete Entscheidungsinstanz bezüglich der Gestaltung von Entscheidungs-Praktiken*. In einem letzten Entwicklungsschritt wurden die verschriftlichen Konzepte, in denen Entscheidungs-Praktiken geregelt wurden, ins *Betriebskonzept* aufgenommen und offizialisiert (D-78).

An dieser Stelle kann nicht auf den Aufbau jeder Entscheidungs-Praktik eingegangen werden. Um aber konkret zu zeigen, wie sich Entscheidungs-Praktiken entwickelt haben und wie sich die ZNS dadurch *strukturell ausdifferenzierte*, wird auf den Aufbau ausgewählter Entscheidungs-Praktiken im Detail eingegangen. Am Beispiel der

Patientenaufnahme kann besonders gut gezeigt werden, wie regelbasierte Entscheidungs-Praktiken aufgebaut und dynamisch stabilisiert wurden. Der *Versuch der Einführung des Koordinationsupdates* zeigt hingegen, wie fragil die Gestaltung von regelbasierten Entscheidungs-Praktiken im organisationalen Kontext der ZNS war und nicht immer gelingen konnte.

8.2.2.1 Die Entwicklung von Entscheidungs-Praktiken am Beispiel der Patientenaufnahme

Patientinnen gelangen entweder über zuweisende Hausärzte, Spitäler, über die Rettung oder durch Selbstzuweisung auf die Notfallstation. Bei Eintritt eines neuen Patienten müssen *Patientendaten* und *administrative Informationen* wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherung, Arbeitsgeber, Grund der Einweisung, Eintrittszeitpunkt sowie Fallnummer erfasst werden. Diese Informationen werden im Klinikinformationssystem dokumentiert und für das entsprechende Behandlungsteam zur Verfügung gestellt. Alle dafür notwendigen Aktivitäten und Entscheidungsprozesse werden in der Folge als Patientenaufnahme bezeichnet.

Die Entscheidungs-Praktik der Patientenaufnahme wurde in der zweiten Entwicklungsphase neu gestaltet. Anfänglich war nicht definiert, *welche Berufsgruppe* für die Aufnahme zuständig ist, und welche Patienteninformationen zu welchem Zeitpunkt zu erheben sind. Die *Zuständigkeiten für die Patientenaufnahme* hatte in der Vergangenheit mehrere Male zwischen der zentralen Patientenadministration des Spitals, der Berufsgruppe der Pflegemitarbeitenden und den Medizinischen Praxisangestellten gewechselt. Es bestand über einen längeren Zeitraum *kollektive Ungewissheit* darüber, welche Berufsgruppe für die Patientenaufnahme zuständig gemacht werden soll, wie das untenstehende Zitat zeigt:

> «Als die Patientenaufnahme von der zentralen Administration weggegangen ist, haben die Mitarbeiter Pflege die Aufnahme übernommen. Sie waren aber nur eine Übergangslösung. Dann kamen die MPAs und machten die Patientenaufnahme und nahmen den Mitarbeitern Pflege diese Aufgabe. Weil man den MPAs langfristig mehr Arbeit geben wollte, waren die Mitarbeiter Pflege nicht mehr qualifiziert genug» (I-PF-10).

Als die Verantwortung für die Patientenaufnahme im Sommer 2015 von den Mitarbeitenden Pflege an die Medizinischen Praxisangestellte überging, führte dies im Pflegeteam zu einem grossen Unverständnis. Die Pflegemitarbeitenden fühlten sich von den MPAs «zurückgedrängt» und «zurückgestuft» (I-PF-10). Nicht nur die Frage *wer*

sondern auch *wie*, *wann* und *wo* die Patientenaufnahme erfolgen sollte, gab Anlass für Diskussionen. Es wurde bemängelt, dass Patienten ohne eine administrative Aufnahme in die Behandlungskojen gebracht wurden oder bei Ressourcenknappheit Patienten auf der ZNS nicht aufgenommen und abgewiesen wurden (D-7). Zudem gab es von zuweisenden Hausärzten die Rückmeldung, dass telefonische Patientenanmeldungen bei der ZNS nicht ankamen, Telefone nicht weitergeleitet und Zuweisungsschreiben via Fax nicht bearbeitet wurden (D-24). Unzufriedenheit bestand auch über die hohe Belastung des ärztlichen Personals verursacht durch zahlreiche Telefonanrufe von zuweisenden Ärzten, Kliniken sowie der Boden- und Luftrettung, die Patienten direkt bei den Assistenz- und Oberärzten anmeldeten (TB-38). Die ZNS hatte *keine zentrale E-Mail-Adresse oder Telefonnummer*, an die Zuweisungs- und Anmeldungsschreiben hätten adressiert werden können (TB-20). Dies führte dazu, dass Patientenanmeldungen von externen Zuweisern über unterschiedliche Kommunikationskanäle an verschiedene Berufsgruppen der ZNS versandt wurden. Es gab *keine klare Ansprechperson* für die Patientenanmeldung, weder für interne Mitarbeitende noch für externe Zuweiser. Im Dezember 2015 hatte die ZNS *keine kollektiv akzeptierte und regelbasierte Entscheidungs-Praktik bezüglich der Patientenaufnahme.*

Das Management-Team entschied sich im Dezember 2015 dafür, eine Anmeldezentrale aufzubauen und die *Patientenaufnahme in eine personenunabhängige Form* zu überführen. Ziel dabei war auch, die Unterbrechungen der ärztlichen Workflows zu reduzieren, die teilweise die externen Anmeldungen entgegennahmen (D-49). Zunächst musste entschieden werden, *wer* bzw. welche Berufsgruppe diese Aufgabe übernehmen soll. Diese Frage führte zu kontroversen Diskussionen im Pflegepersonal und im Management-Team, wie das untenstehende Zitat belegt.

> *STV Pflegeleitung:* Was meinst du wegen der telefonischen Annahme? Bleibt das bei den Ärzten?
> *Chefarzt:* Nein, die Pflege bekommt das. Es ist ein Jahresziel, dass die Pflegenden kundenorientiert die Telefone entgegennimmt, mit Rücksprachemöglichkeit zu Ärzten. Die Telefone von aussen könnten auch die MPAs machen, das gehört bei ihnen zur Ausbildung.
> *Pflegeleitung STV:* Denen fehlen die fachlichen Kompetenzen
> *Chefarzt:* Nein, meist ist es ja vortriagiert durch die Hausärzte. Die Aufnahme der Walk-in-Patienten ist MPA Business, das kennen sie aus der Ausbildung und der Arbeit in den Hausarztpraxen, da braucht es keine NDS.
> *STV Pflegeleitung:* Da bin ich unsicher. Es geht auch um pflegerische Erfahrung.

> *Chefarzt*: Also, es geht um Kernkompetenz. Wollen wir wirklich, dass die NDS die Telefone entgegennehmen? Ich glaube, da hätten wir ein Akzeptanzproblem. Also die Triage-Nurses können wir dafür nicht einsetzen. Wir müssen die Anmeldung und die Triage wirklich entflechten.
> *STV Pflegeleitung:* Also gewisse NDS haben Mühe, wenn die MPA die Telefone abnehmen. Aber es geht nicht um Therapie, sondern nur um Informationsempfang. Dass muss NDS auch klar sein. Dafür sind sie [die NDS] zu teuer.
> *Chefarzt:* Bei der Aufnahme […], da geht es vor allem darum, als Empfängerin zu agieren, nicht Behandlungsempfehlung abzugeben. Also mehr Empfang von Infos aus vorgelagerten Bereichen. Das sehe ich bei den MPAs. Wir müssen definieren, wer organisiert den Warte- und Anmeldebereich. Das wird grosse Diskussionen auslösen. Also wer ist verantwortlich, dass der Anmeldeprozess läuft? Und da bin ich eher bei den MPA, oder? (TB-20, TB-17).

Kontrovers waren diese Entscheidungen deshalb, *weil Aufgabenbereiche, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen Berufsgruppen* neu geordnet wurden. Im Zuge dieser Aushandlungsprozesse erhielt die *Berufsgruppe der MPAs* zusätzliche Aufgabenbereiche. Schliesslich wurde den MPAs aufgrund ihres Ausbildungsprofils die Verantwortung über die Patientenaufnahme zugesprochen. Dafür mussten zusätzliche Stellen geschaffen werden und das MPA-Team personell ausgebaut werden. Im Zuge der neuen Anmeldezentrale musste ganz generell und im Hinblick auf das Gelingen anderer Entscheidungs-Praktiken wie die Triage geklärt werden, *welche Berufsgruppen innerhalb des Pflegepersonals für welche Entscheidungs- und Behandlungsprozesse zuständig* ist. In der Strategie-Retraite im Juni 2016 bestätigte schliesslich das Management-Team den Entscheid, dass die MPAs künftig für die Patientenanmeldung und Entgegennahme externer Telefone verantwortlich seien (TB-28). In der Folge wurden *Stellenbeschreibungen, Kompetenzlisten und Qualifikationsprofile* für Medizinische Praxisangestellte der ZNS sowie für andere Pflegemitarbeitende ausgearbeitet. Die Pflegemitarbeitenden mit einem Nachdiplomstudiengang in Notfallpflege (NDS) waren besorgt, dass die MPAs für die Patientenanmeldung ungenügend ausgebildet seien. Um die entstandenen *Akzeptanzprobleme zwischen den Berufsgruppen der Pflegemitarbeitenden* und der MPAs zu reduzieren, wurden sogenannte *polyvalente Teammitglieder* eingesetzt, die sowohl Aufgaben der Pflege als auch Aufgaben der MPAs übernehmen konnten (D-49). Gleichzeitig wurde die Berufsgruppe der diplomierten Pflegemitarbeitenden (NDS) gestärkt, indem die *Entscheidungs-Praktik der Patientenanmeldung von der Triage*

entflochten wurde und die Zuständigkeit für die Triage an diplomierte Notfall-Pflegemitarbeitende überging (TB-20). Indem die MPAs für die Patientenanmeldung zuständig gemacht wurden, konnten wichtige Informationen zu Beginn des Behandlungsprozesses *an einer zentralen Stelle gebündelt* werden (TB-28). Das Management-Team schuf zusammen mit der IT und der zentralen Patientenadministration die technischen Bedingungen, damit die externe Kommunikation an die zentrale Stelle der MPAs adressiert werden konnte (TB-29). Im Dezember 2016 wurden die MPAs und die Pflegemitarbeitenden an separaten Teamsitzungen informiert, dass in Zukunft externe Telefonanrufe von Zuweisern, die bisher an die Ärzteschaft durchgestellt wurden, direkt an die MPAs adressiert werden (I-PF-17). Künftig werden die *MPAs als zentrale Anlaufstelle für die Patientenanmeldung eingesetzt* und die Zuweiser nur noch bei Rückfragen mit den Ärzten verbunden (I-PF-17). Die MPAs sollen während der Betriebszeiten der Anmeldezentrale eine vollständige Patientenaufnahme durchführen, diese Informationen in das KIS und SAP einspeisen und den nachfolgenden Behandlungsprozess mit der Koordinatorin Pflege und dem ärztlichen Personal initiieren (D-49). Die durch die MPA erfassten Informationen wurden für alle sichtbar im Stationsmanager visualisiert. Auch das ärztliche Personal wurde schliesslich an einem Workshop durch das Management-Team über die veränderte Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen informiert (D-162). Nach mehreren *Testtagen* wurde das erarbeitete Konzept evaluiert und im Januar 2018 startete die Anmeldezentrale ihren Betrieb (D-81, D-69).

Interpretation aus einer theoretischen Perspektive

Am Beispiel der Patientenaufnahme kann gezeigt werden, wie sich der Notfall über die drei Entscheidungsprämissen *Entscheidungsprogramme*, *Kommunikationswege* und *Personal strukturell ausdifferenziert*. In einem mehrjährigen Prozess wurden die Bedingungen, unter denen die Patientenaufnahme *im Normalfall* erfolgt, festgelegt. Die Etablierung dieser Entscheidungs-Praktik führte dazu, dass Entscheidungen bezüglich der Patientenanmeldung *wechselseitig erwartbar wurden* und daran anschliessende Behandlungsprozesse, wie die Triage, in personenunabhängige Entscheidungsprozesse überführt werden konnten. Die Patientenaufnahme wurde *zu einer hinreichenden Bedingung* für das Zustandekommen von anderen Entscheidungs-Praktiken und stellte die *Anschlussfähigkeit und sinnvolle Verknüpfung von Entscheidungen* im Behandlungsprozess der ZNS sicher. Zudem konnte sich das System stärker individualisieren und von seiner Umwelt abgrenzen, indem über «entscheidbare Entscheidungsprämissen» (Luhmann 2000: 225) gezielt entschieden und die Bedingungen für das Zustandekommen von Entscheidungen auf dem Notfall eigenständig gestaltet wurden.

In der Vergangenheit war die «Programmierung» bzw. Gestaltung dieses Entscheidungsprozesses dadurch erschwert, dass Zuständigkeiten zwischen den Berufsgruppen mehrere Male wechselten und das *wer* dieser Entscheidung nicht geklärt war. Sowohl innerhalb der ZNS als auch bei Kooperationspartnern wie zuweisende Hausärzte, der Rettung oder den Sekretariaten des Spitals bestand über eine längere Zeitphase *kollektive Ungewissheit über Verantwortlichkeiten* und *Art der Durchführung der Patientenaufnahme*. Dies änderte sich, als das Management-Team die Berufsgruppe der MPAs für diesen Entscheidungsprozess verantwortlich machte. Die *Aufgabenbereiche, Kompetenzen* und *Verantwortlichkeiten* im Pflegeteam wurden neu definiert. Das Management-Team erstellte für die jeweiligen Berufsgruppen des Pflegeteams separate Stellenbeschreibungen, Kompetenzlisten und Qualifikationsprofile. Die Entscheidungs-Praktik wurde «programmiert» bzw. laufend entwickelt: Gemeinsam wurde geklärt, welche Informationen erhoben werden, in welchen Systemen diese erfasst und an wen sie weitergeleitet werden. In Sitzungen, Informationsveranstaltungen, Workshops und Schulungen wurde ein *kollektives Verständnis* aufgebaut, wie die Patientenaufnahme durchzuführen ist, und was als sachlich «richtige» oder «falsche» Aufgabenbearbeitung zu verstehen ist. Über diese *Klärungsarbeiten* wurden bestimmte Handlungen vorgeschrieben und andere Handlungsalternativen ausgeschlossen. Dies *reduzierte Komplexität und Unsicherheit im Behandlungsprozess* und führte dazu, dass sich Berufsgruppen wechselseitig unterstellen konnten, wer für welchen Entscheid verantwortlich ist.

Die «Programmierung» bzw. Gestaltung dieser Entscheidungs-Praktik führte gleichzeitig dazu, dass sich auch *Kommunikationswege* und die *Ablauforganisation formalisierten*. Die externe Kommunikation von Zuweisern wurde *an einer zentralen Stelle gebündelt*, wie die untenstehende Aussage eines Vertreters des Management-Teams zeigt:

> «Wir haben vor einem Jahr entschieden, dass wir eine Telefonzentrale aufbauen. Die Idee ist, dass die MPAs das Telefon abnehmen, die Anmeldung machen, die Infos ins System übernehmen, ausser der Hausarzt wünscht ausdrücklich mit einem Arzt zu sprechen. Es gibt viele verschiedene Kanäle und Erwartungen. Deshalb haben wir angefangen zu schauen, was für Kanäle gibt es überhaupt. Bisher konnte man die E-Mail-Adresse nicht bewirtschaften, weil wir niemand dafür hatten. Wir haben jetzt aber genau eine Gruppe, die sich darum kümmert» (TB-38).

Dieses Zitat zeigt auch, dass im Zuge der Einführung der Patientenaufnahme *gleichzeitig über mehrere Entscheidungsprämissen entschieden* wurde: Die Ausgestaltung der formalen

Ablauforganisation und die Bewirtschaftung einer zentralen E-Mail-Adresse und Telefonnummer für Zuweiser war nur möglich, indem der Berufsgruppe der MPA klare Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zugewiesen wurden. Die *Bündelung und Zentralisierung der externen Kommunikation* über die MPAs reduzierte für alle Involvierten den Entscheidungs- und Handlungsspielraum, denn nun konnte nicht mehr «jeder mit jedem immer über alles kommunizieren» (Luhmann 2019: 126). Dies machte regelbasiertes Entscheiden in der Patientenaufnahme und in nachgelagerten Behandlungsprozessen wahrscheinlicher. Es konnten konkrete *Personen* für die positiven und negativen Konsequenzen von Entscheidungen in der Patientenaufnahme verantwortlich gemacht werden. Innerhalb und ausserhalb des Notfalls entwickelte sich Konsens über die Frage, *welchen Personen die Entscheidung* über die Patientenanmeldung *kommunikativ zugeschrieben* werden kann. Die MPAs wurden nicht nur für externe Akteure, sondern auch für das interne ärztliche Personal zur *zentralen Anlaufs- und Koordinationsstelle*.

Die Entstehung eines *gemeinsamen Verständnisses dieser Entscheidungs-Praktik* war voraussetzungsvoll: In Sitzungen und Workshops wurde das Personal über die laufenden Entwicklungen informiert. Die Entscheidungs-Praktik musste vor allem durch das Management-Team und Mitarbeitende laufend überprüft und in der Pilotphase im Winter 2017 evaluiert werden. Die zweiwöchig stattfindenden Sitzungen des Management-Teams waren der Ort, an dem die sich etablierende Entscheidungs-Praktik auf Basis von *Selbstbeobachtung und Reflexivität* dynamisch weiterentwickelt wurde. Feedbacks und Beobachtungen von Mitarbeitenden wurden gemeinsam reflektiert und bei der Gestaltung der Entscheidungs-Praktik berücksichtigt. Am untenstehenden Gesprächsauszug kann dies beispielhaft gezeigt werden:

> *STV Pflegeleitung:* Es hat relativ viele negative Rückmeldungen von unvollständigen Patientenaufnahme gegeben. Problematisch daran ist, dass man diese nicht in Rechnung stellen kann. Zwei Patienten waren also gratis auf der Notfallstation. Da sind die MPAs aber jetzt dran und machen es jetzt sehr genau. Es passiert vor allem in der Nacht, weil da sind die Zuständigkeiten nicht immer klar.
> *Chefarzt:* Es ist aber bereits geregelt. Es muss im System immer das Kürzel der Person erfasst werden, welche die Patientenaufnahme macht.
> *STV Pflegeleitung*: Ich werde mit gewissen Mitarbeitenden Gespräche führen und sie auf das Problem hinweisen (TB-39).

Ob sich die Entscheidungs-Praktik im Arbeitsalltag einspielte, wurde von Mitarbeitenden und dem Management-Team laufend beobachtet. Wenn nötig wurde die Entscheidungs-Praktik *angepasst und weiterentwickelt*. So wurde z.B. eine sogenannte *Kurzaufnahme* eingeführt, die durch Pflegemitarbeitende erfolgte, wenn die MPAs gerade keinen Dienst hatten. Veränderungen in Entscheidungs-Praktiken führten *kurzfristig zur Öffnung und Destabilisierung der bestehenden Entscheidungs-Praktik* und zu einem *höheren Mass an Erwartungsunsicherheit*. In einem gemeinsamen Klärungsprozess musste das *kollektive Verständnis* über die veränderte Entscheidungs-Praktik wieder aufgebaut und Erwartungssicherheiten hergestellt werden.

Die «Programmierung» und Gestaltung *dieser Entscheidungs-Praktik* hatte einen weiteren Effekt: Indem Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sowie die formale Ablauforganisation definiert wurden, kam es zu einer *stärkeren Binnendifferenzierung des Systems* und zur «Systembildung im Innern» (Luhmann 1999: 76). Die MPAs, Pflegemitarbeitende und die Ärzteschaft übernahmen laufend *spezifischere Aufgaben innerhalb des Behandlungsprozesses*. Es entstanden *Teilsysteme mit eigenen Arbeitsweisen, Aufgabenbereichen und Mitgliedschaftsrollen*. Diese interne Ausdifferenzierung in Subsysteme ermöglichte eine *effiziente Arbeitsteilung*. Mit der Zeit konnten sich die einzelnen Subeinheiten wechselseitig unterstellen, an welchem Ort im System welche Entscheidungsprozesse bearbeitet wurden. Das untenstehende Zitat einer medizinischen Assistenzärztin zeigt, wie sich Mitarbeitende wechselseitig bestimmte Aufgaben sowie die Ausführung spezifischer Entscheidungs-Praktiken unterstellen konnten:

> «Das Wichtigste ist, dass die Aufgaben klar gegliedert sind. Also die MPAs sind da, um Patienten aufzunehmen, und um die ganzen Daten zu erfassen. Die Pflege ist für die pflegerischen Sachen zuständig. Für Überwachung und Untersuchungen und dann letztendlich für Behandlungsentscheidungen sind dann die Ärzte zuständig» (I-IM-12).

Auf Basis dieser wechselseitig unterstellbaren internen «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) konnten regelbasierte Entscheidungs-Praktiken wie die Patientenaufnahme aufgebaut werden. Die Patientenaufnahme führte somit zu einer *veränderten Arbeitsteilung unter den Berufsgruppen*. Das ärztliche Personal und die Pflegemitarbeitenden fühlten sich von der neu integrierten Berufsgruppe der MPAs zwar unterstützt und von administrativen Aktivitäten entlastet (I-MPA-6). Gleichzeitig bestand durch diese *zunehmende interne Differenzierung* aber auch die *Gefahr der Silobildung* und

des «Zerfalls in Kleinwelten» (Luhmann 1999: 83). In Interviews mit Mitarbeitenden wurde deutlich, dass innerhalb des Pflegeteams ein Denken in «wir die MPAs und die andern» oder «wir die Pflegemitarbeitenden und die andern» existierte (TB-28, D-49). Über die «Programmierung» von Entscheidungs-Praktiken und durch das Festlegen von klaren Verantwortungsbereichen wurde offensichtlich auch *der soziale Status von Berufsgruppen mitverhandelt* (I-PF-10). In diesem Sinne wurde Komplexität an einer Stelle reduziert, an einer anderen Stelle im System jedoch erhöht: Die interne Spezialisierung ermöglichte zwar arbeitsteiliges und effizientes Entscheiden und verkleinerte den Aufgabenbereich der Berufsgruppen. Das Management-Team sah sich nun aber mit *multiplen Erwartungsräumen und Mitgliedschaftsrollen* konfrontiert, die es zu gestalten galt. Es musste sichergestellt werden, dass die nun stärker voneinander isolierten Handlungssysteme koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Dieser Herausforderung und den durch *Binnendifferenzierung entstandenen Konflikten zwischen MPAs und Pflegemitarbeitenden* begegnete das Management-Team mit der Schaffung von *polyvalenten Teammitgliedern*, die sowohl Aufgaben der Pflege als auch Aufgaben der MPAs übernahmen und als «Brückenbauerinnen» agierten (D-49). Zudem war die Berufsgruppe der MPAs ab November 2018 mit einer leitenden MPA auch offiziell im Management-Team vertreten. Im interdisziplinären Management-Team waren somit alle Berufsgruppen der ZNS präsent und es gab einen Ort, wo entstandene *Konflikte systematisch bearbeitet* wurden und ein *Minimum an gemeinsamer Orientierung zwischen Berufsgruppen* sichergestellt werden konnte. Die entstandenen Konflikte über die Zuständigkeiten im Behandlungsprozess konnten weiter entschärft werden, indem *Entscheidungs-Praktiken entflechtet wurden*: Die Pflegemitarbeitenden waren für die Triage und für die Gesamtkoordination des Behandlungsprozesses zuständig, die MPAs für die Patientenanmeldung. Durch die *Entflechtung der Entscheidungs-Praktiken* der Triage und der Patientenaufnahme konnten den MPAs und den Pflegemitarbeitenden *spezifische Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten in Entscheidungsprozessen* zugesprochen werden. Diese stärkere Binnendifferenzierung diente der *Handhabung und Reduktion von Komplexität*: In den berufsgruppenbezogenen Teilsystemen wurden Verhaltenserwartungen, Regeln und Mitgliedschaftsrollen einzelner Akteure weiter spezifiziert. MPAs durften z.B. zivile Kleidung tragen, Pflegemitarbeitende verwendeten hingegen die offizielle Spitalkleidung (TB-38). Die *Ausdifferenzierung von Mitgliedschaftsrollen* führte innerhalb und zwischen den Teilsystemen zu einem höheren Mass an *unterstellbaren Erwartungssicherheiten* und ermöglichte regelbasiertes und kollektives Entscheiden.

Zusammenfassende Reflexion

Die Einführung der Entscheidungs-Praktik der Patientenaufnahme führte zu einer stärkeren *strukturellen Ausdifferenzierung* des Notfalls. Über die *Formalisierung der Entscheidungsprämissen* Entscheidungsprogramme, Kommunikationsweg und Personal wurde die Art und Weise, wie auf dem Notfall personenunabhängiges Entscheiden hinsichtlich der Patientenaufnahme erfolgt, «festgelegt». Diese «Festlegungen» sind allerdings als *prozessuale Errungenschaften* zu verstehen, die in einem mehrjährigen Gestaltungsprozess nach und nach entstanden sind. Durch diese *evolutionäre Spezifikation von Strukturen* konnte sich der Notfall immer stärker von der Umwelt abgrenzen, sich individualisieren und eine eigenlogische Art des Prozessierens von Sinn aufbauen (Luhmann 1992: 172). Die Entwicklung der Patientenanmeldung trug zur *Stabilisierung der Systemgrenze gegen innen und gegen aussen* bei: Gegen innen wurden Aufgabenbereiche, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten sowie formale Kommunikationswege zwischen Berufsgruppen geklärt. Diese Klärungsprozesse traten allerdings auch Konflikte über den *sozialen Status einzelner Berufsgruppen* los. Diese interne Spezialisierung führte dazu, dass *Mitgliedschaftsgrenzen zwischen Berufsgruppen* deutlicher erkennbar wurden. In diesem Sinne hat die Spezifikation von Strukturen und die Ausdifferenzierung der Entscheidungs-Praxis gleichzeitig zur *Multiplikation von Grenzen* geführt, denn das Management-Team war nun mit der *Gestaltung zusätzlicher interner Erwartungsgrenzen* konfrontiert. Für die einzelnen Berufsgruppen mussten Verhaltensregeln und gegenseitige *Erwartungen an Mitgliedschaftsrollen* spezifiziert werden. Im Verlauf der analysierten Entwicklungsphase entstanden *wechselseitig unterstellbare Erwartungsräume zwischen spezialisierten Subsystemen*. Es musste sich nicht mehr jede Berufsgruppe gleichermassen für die Patientenaufnahme zuständig fühlen. Gegen aussen konnte die Systemgrenze insofern deutlicher markiert werden, als dass eine *zentrale kommunikative Anlaufstelle* für Zuweisungsschreiben und Patientenanmeldungen geschaffen wurde, von der erwartet werden konnte, dass sie sich für diesen Aufgabenbereich verantwortlich fühlt. Die spezifische «Aufgabe» der Patientenanmeldung wurde neu *nur an dieser Stelle im System* bearbeitet. Indem ein gemeinsames Verständnis erarbeitet wurde, *wer wann wie* die Patientenanmeldung durchführt, konnte gegen innen und aussen die Bandbreite von *möglichen Entscheidungen reduziert* werden. Dies war eine wichtige Bedingung dafür, dass *nachgelagerte Behandlungsprozesse* in routinisierte Formen der Entscheidungsfindung überführt werden konnten. Der Aufbau der Patientenanmeldung führte somit zur *weiteren operativen Schliessung des Notfalls* und schaffte *wechselseitig unterstellbare Erwartungsräume*. In Informationsveranstaltungen,

Workshops und Schulungen wurde *ein kollektives Verständnis* aufgebaut, wie die Patientenaufnahme durchzuführen ist. Die sich etablierende Entscheidungs-Praktik musste aber auf Basis von *Selbstbeobachtung* und *Reflexion* dynamisch weiterentwickelt werden. Dabei hatte das Management-Team eine zentrale Rolle: Es musste entscheiden, ob Feedbacks und Beobachtungen des Systems bei der Gestaltung der Entscheidungs-Praktik berücksichtigt werden oder nicht. Für die Entwicklung der Patientenaufnahme brauchte es somit *auf Basis der operativen Geschlossenheit* auch eine *kommunikative Offenheit*. Es musste gleichzeitig sichergestellt werden, dass trotz der kontinuierlichen Anpassung der Entscheidungs-Praktik ein gemeinsames Verständnis gewährleistet bleibt und einmal destabilisierte Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen wieder stabilisiert werden konnten.

8.2.2.2 Die Entwicklung von Entscheidungs-Praktiken am Beispiel des Koordinationsupdates

Die *Etablierung von regelbasierten Entscheidungs-Praktiken* war nicht immer erfolgreich. Am Beispiel des *Koordinationsupdates* kann gezeigt werden, wie herausfordernd der Aufbau von Entscheidungs-Praktiken im Arbeitsalltag der ZNS war. Unter dem Koordinationsupdate wird in der Folge ein auf der ZNS entwickelter *interdisziplinärer Kommunikationsaustausch* verstanden, der eine vorausschauende Ressourcenplanung ermöglichen, die Koordination zwischen Berufsgruppen erleichtern und Entscheidungsprozesse beschleunigen sollte.

Die Idee für einen interdisziplinären Rapport auf dem Notfall entstand im Januar 2016 (TB-20). In einem internen Konzeptpapier wurde vom Management-Team dargelegt, warum ein regelmässiger Austausch zwischen der tagesverantwortlichen Koordinations-Nurse und den diensthabenden Oberärztinnen künftig nötig ist:

> «Durch die unterschiedlichen Fachdisziplinen, verschiedenen Berufsgruppen und die steigende Arbeitsbelastung kann die Übersicht über Patienten oder nötige Ressourcen nicht immer zeitgerecht im Auge behalten werden. Um diese Übersicht zu gewährleisten, braucht es dringend einen *regelmässigen interprofessionellen Informationsaustausch*, um zu verhindern, dass Patienten zu lange Liegezeiten haben, oder dass vorausschauend personelle und räumliche Ressourcen geplant werden können. Ein Informationsaustausch zwischen der zuständigen Koordinations-Nurse und den Dienstkaderärzten der jeweiligen Kliniken ist somit unabdingbar und muss zukünftig Bestandteil der Organisation der Zentralen Notfallstation sein. Einzelnen Dienstkaderärzten der chirurgischen

> und medizinischen Kliniken führen diesen Informationsaustausch während ihren Diensten jetzt schon aus. Das Ziel soll nun sein, diesen wichtigen Informationsaustausch *regelmässig* anzuwenden, *zu vereinheitlichen und zu professionalisieren»* (D-163; Kursivsetzungen durch Autorin).

Mit der Einführung dieser neuen Entscheidungs-Praktik wollte das Management-Team mehreren Problemen im Arbeitsalltag der Notfallstation begegnen: Da das ärztliche und pflegerische Personal *örtlich getrennt* arbeitete, fehlte es den Pflegemitarbeitenden oftmals an relevanten Informationen, um Patienten auf Abteilungen zu verlegen oder neu eintretenden Patienten personelle und räumliche Ressourcen zuzuweisen (D-163, S-7, S-11). Aufgrund des Schichtbetriebs wechselten bei beiden Berufsgruppen drei bis vier Mal täglich die relevanten Ansprechpersonen, was die *Koordination zwischen der Pflege und dem ärztlichen Personal* erschwerte. Mit einem regelmässigen Austausch zwischen der Koordinations-Nurse und den Dienstkaderärzten sollten Warte- und Liegezeiten verkürzt und Ressourcen optimal geplant werden können (D-163). Der Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen soll dabei in einer *einheitlichen* und für alle Beteiligten *erwartbaren Form* stattfinden (D-163). Wie aus dem obigen Zitat hervorgeht, führten einzelne Oberärzte bereits einen Rapport durch. Dieser Austausch wurde aber individuell und je nach Dienstequipe unterschiedlich gestaltet. Ob, wann und in welcher Form ein Austausch zwischen Oberärzten und dem Pflegepersonal stattfand, war unvorhersehbar. Das Management-Team wollte, dass die Koordination des Tagesgeschehens in einer *erwartbaren und personenunabhängigen Form* erfolgt.

Im November 2016 beauftragte das Management-Team eine *interdisziplinäre Arbeitsgruppe* mit der Ausarbeitung eines entsprechenden Konzepts (TB-35). Die Arbeitsgruppe erarbeitete einen schriftlichen Vorschlag für die Gestaltung des Informationsaustausches zuhanden des Management-Teams (TB-64). Das Management-Team entwickelte diesen Vorschlag weiter (TB-64) und es wurden Zeitfenster fixiert, wann der Kommunikationsaustausch stattfinden soll (TB-37). Auch der *Inhalt des Koordinationsupdates* wurde festgelegt: Diskussionsgegenstände sind nicht Therapievorschläge. Es sind vielmehr alle anwesenden und angemeldeten Patienten mit der Koordinations-Nurse zu besprechen sowie die vorhandenen personellen und räumlichen Ressourcen und Verantwortlichkeit bei Dienstwechsel zu planen (TB-37). Die dadurch generierten Informationen sollen über die Koordinations-Nurse und über die Oberärzte in die entsprechenden Behandlungsteams diffundieren. Die folgende Abbildung 7 zeigt, wie der Kommunikationsaustausch laut Konzept angedacht war.

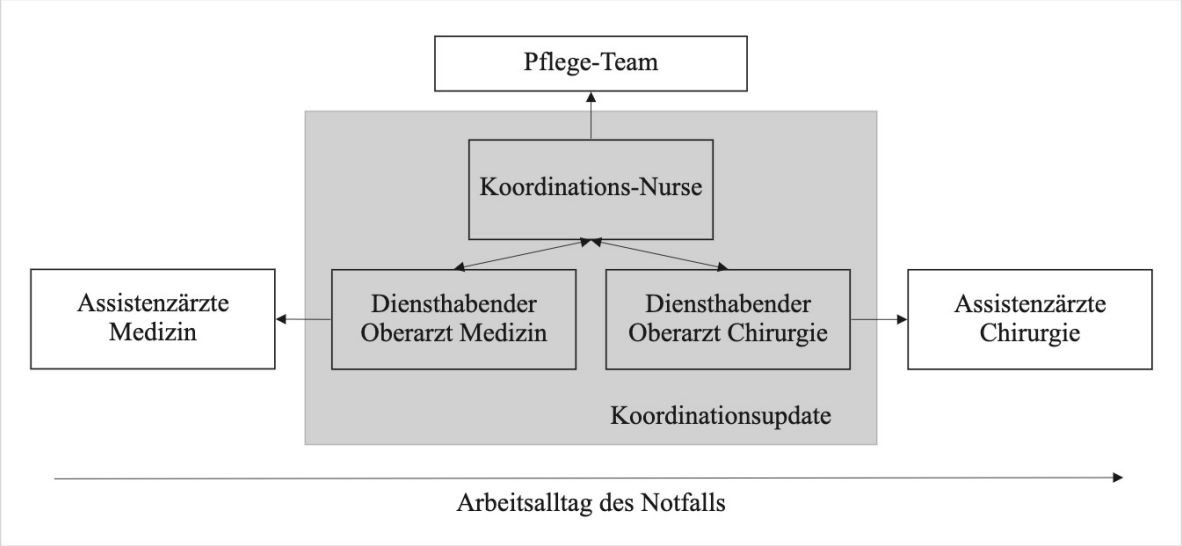

Abbildung 7: Schematische Darstellung des Koordinationsupdates

Das Management-Team nutzte *unterschiedliche Kommunikationsplattformen des Spitals*, um die Bekanntheit und Akzeptanz des Konzepts zu steigern. Das Konzept wurde im Frühjahr 2017 durch den Chefarzt der ZNS auf der chirurgischen Kaderkonferenz und durch den leitenden Arzt der ZNS auf dem internistischen Kaderrapport vorgestellt (D-55). «Das Konzept ist ein grosser Erfolg, ich bin sehr stolz darauf, man hat uns an der chirurgischen Kaderkonferenz zugeklatscht», berichtete der Chefarzt der ZNS (TB-41). Bezüglich der Umsetzung war das Management-Team allerdings skeptisch. Es wurde befürchtet, dass die Oberärztinnen für den Austausch nicht zur Verfügung stehen würden: «Die Krux ist, dass wir die Oberärzte dafür gewinnen müssen», hiess es im Management-Team (TB-37). Das Konzept wurde aufgrund von Feedbacks des ärztlichen Personals angepasst. Beispielsweise wurden die geplanten Zeitfenster verändert (D-63). Schliesslich wurde das schriftliche Konzept durch das Management-Team verabschiedet und das Koordinationsupdate per Mai 2017 offiziell eingeführt (D-62). Die Pflegeleitung informierte das Pflegepersonal an einer Teamsitzung über die Einführung des Koordinationsupdates (D-62). Die ärztlichen Entscheidungsträger wurden durch den chirurgischen Chefarzt und den leitenden internistischen Arzt erneut per E-Mail informiert und das Konzept wurde auf dem Intranet publiziert. Neues ärztliches Personal wurde zu Beginn neuer Dienstzyklen auf das Konzept sensibilisiert.

Es zeichnete sich schnell ab, dass für das Koordinationsupdate *keine kollektive Akzeptanz aufgebaut* werden konnte. Pflegemitarbeitende meldeten zurück, dass der geplante Austausch, wenn überhaupt, *nur sporadisch zustande kommt* und die Durchführung «personenabhängig» sei (I-PF-23, RW-5). Auch nach mehreren Monaten konnte die neue

Entscheidungs-Praktik nicht im Arbeitsalltag etabliert werden, wie der untenstehende Diskussionsauszug zeigt:

> *Chefarzt:* Das Koordinationsupdate haben wir ja jetzt lanciert.
> *STV Pflegeleitung:* Es läuft gar nicht. Es läuft nada. Ich habe sie beobachtet. Weder Oberärzte noch Assistenten. Die Kommunikation ist katastrophal.
> *Chefarzt:* Wir haben jetzt das Mail abgeschickt. Und jetzt müssen wir schauen, wie wir es jetzt kommunizieren und wie wir sie in der Umsetzung unterstützen können. Die Oberärzte haben gesagt, sie machen es ja sowieso schon und dann ist der Schritt ja nicht gross. Ich werde nochmals kommunizieren, dass wir das jetzt einführen. Wir müssen die Pflege auch noch dafür sensibilisieren.
> *Oberärztin Chirurgie:* Die Pflege darf das Konzept ja einfordern.
> Pflegeleitung: Es ist abgemacht. Es ist vom Chef bestimmt. Dem müssen sich [die Oberärzte] jetzt fügen.
> *Chefarzt:* Ich bin jetzt mehrmals am Morgen auf den Notfall gegangen und da ist nichts passiert (TB-45).

Nachdem festgestellt wurde, dass das Kommunikationsupdate kaum stattfindet, sensibilisierte das Management-Team das ärztliche Personal in Schulungen und auf den chirurgischen und internistischen Rapporten auf die Notwendigkeit des Austausches. Eine Projektgruppe evaluiert im September 2017 die Herausforderungen mit der Umsetzung der Entscheidungs-Praktik (TB-52). Es wurde festgestellt, dass nur wenige Personen den Austausch durchführen. Die *fehlende Präsenz der Oberärzte* verhindere die Regelmässigkeit des Austausches (TB-52). Auch gäbe es im ärztlichen Personal nur wenig Promotoren für den neuen Austausch, der jeweils von der Pflege aktiv eingefordert werden muss (TB-52). Aus der ärztlichen Perspektive mache der Austausch nach vorgegebenen Zeitfenstern *angesichts der Dynamik des Tagesgeschehens* keinen Sinn. Laut der Pflege sei der geplante Austausch relevant. Wenn der Austausch zustande kommt, können dadurch Patienten schneller verlegt und Ressourcen besser alloziert werden (TB-52). Im organisationalen Tagesgeschehen war *eine Adaption des ursprünglich vorgesehenen Konzepts* zu beobachten: Aufgrund der Abwesenheit der Oberärzte auf dem Notfall waren es vermehrt die Assistenzärztinnen, die den Austausch mit den zuständigen Pflegemitarbeitenden durchführten (S-7, S-8). Das Management-Team hat beschlossen, dass es am verabschiedeten Konzept festhalten will und hat die Durchführung des Austausches stärker kontrolliert (TB-52).

Im Oktober 2017 fand ein *berufsgruppenübergreifender Workshop* statt, bei dem die Herausforderungen in der Umsetzung des Koordinationsupdates diskutiert wurden (RW-5). Dabei wurde die Sinnhaftigkeit des Koordinationsupdates vor allem von ärztlicher Seite infrage gestellt: «Wir haben ein gutes Buschtelefon. Aber jetzt will man zu viel abdecken in einem Manual, man kann nicht alles definieren», sagte eine Ärztin (RW-5). Der Workshop förderte auch zutage, dass die Mitarbeitenden der ZNS *heterogene Verständnisse der neuen Entscheidungs-Praktik* hatten. Einige Ärztinnen meinten, man informiere die Pflege bereits regelmässig, andere sagten, sie hätten auch sechs Monate nach der Einführung des Koordinationsupdates keine Informationen darüber erhalten und hören zum ersten Mal von diesem Austausch (RW-5). Das Management-Team zeigte sich überrascht und schockiert über diese Aussagen (RW-5).

Einige Wochen nach dem Workshop konnte beobachtet werden, dass das Koordinationsupdate *in einer veränderten Form durchgeführt* wurde (D-115). Der interdisziplinäre Austausch kam *nicht auf Tagesbasis* zustande, sondern vor allem dann, wenn das Patientenaufkommen überdurchschnittlich hoch war und der Notfall an seine Belastungsgrenzen kam (S-11). Der Austausch fand zudem öfters zwischen der Koordinations-Nurse und den Assistenzärzten statt. Dies war für die Pflege teilweise unbefriedigend, da die Assistenzärztinnen nicht immer die für den Austausch erforderlichen Informationen hatten (I-PF-18). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Informationsaustausch *informell, spontan und unvorhergesehen geblieben ist*. Zwar hat sich laut Pflegemitarbeitende ein «Gefühl» entwickelt, wann es einen Austausch braucht (I-PF-20). Es konnte sich aber *keine Regelmässigkeit des Austausches* einspielen, und die Etablierung einer personenunabhängigen Entscheidungs-Praktik war laut Angaben der Mitarbeitenden gescheitert.

Interpretation aus einer theoretischen Perspektive

Es mag erstaunen, dass das Koordinationsupdate nicht erfolgreich in den Arbeitsalltag der ZNS etabliert werden konnte: Bei der Entwicklung des Konzepts wurden die Perspektiven verschiedener Berufsgruppen und ihr kritisches Feedback berücksichtigt. Auf Kommunikationsplattformen wie Teamsitzungen und Rapporten wurde versucht, Legitimität für die neue Entscheidungs-Praktik aufzubauen. Das Management-Team hat Mitarbeitende *regelmässig auf die Notwendigkeit und Bedeutung des Kommunikationsaustausches* hingewiesen. Das Konzept wurde nicht top-down implementiert, sondern von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe ausgearbeitet. Nachdem sich Probleme in der Umsetzung zeigten, wurde *eine Arbeitsgruppe zur Reevaluation des Konzepts* gebildet und die Durchführung des Austausches wurde durch das Management-

Team stärker kontrolliert. Trotz dieser Bemühungen konnte aber kein regelmässig stattfindender Kommunikationsaustausch auf dem Notfall etabliert werden. Dafür gibt es unterschiedliche *Erklärungsversuche*.

Die Vermutung liegt nahe, dass das ärztliche Personal aufgrund der Komplexität des Schichtbetriebs und des Rotationssystems *kommunikativ nicht erreicht werden konnte*. Auch mehrere Monate nach der Einführung des Koordinationsupdates kannten viele Ärzte das Konzept nicht (RW-5). Zwar nutzte das Management-Team unterschiedliche Sitzungen und Rapporte des Spitals, um das ärztliche Personal zu informieren. Eine *gemeinsame Kommunikationsplattform der chirurgischen und internistischen Oberärzte* existiert allerdings nicht. Festzulegen, w*er* über *welche Kommunikationsplattform* zu informieren ist, war auch deshalb schwierig, weil sich der Pool von Mitarbeitenden, die potenziell Mitglied der ZNS werden können, kontinuierlich veränderte. Die organisationale Einbettung der ZNS mit rotierenden Assistenz- und Oberärzten führte zu einer erschwerten *kommunikativen Erreichbarkeit* des an der neuen Entscheidungs-Praktik involvierten Personals. Das Zustandekommen des Koordinationsupdates war stark von der Präsenz des ärztlichen Kaderpersonals abhängig. Da Ärzte in Dienstzyklen rotieren und auch während einer Notfall-Schicht Verantwortlichkeiten in anderen Kliniken des Spitals nachkommen müssen, scheiterte die Einführung dieser Entscheidungs-Praktik an der *fehlenden Präsenz des ärztlichen Personals auf der ZNS*. Zu den Zeitpunkten, an denen die Durchführung des Austausches und die Koordination zwischen den Berufsgruppen notwendig gewesen wäre, waren die dafür relevanten Personen *nicht immer physisch auf dem Notfall anwesend.* Laut Angaben der Pflege fehlte es auf ärztlicher Seite an Promotoren, die sowohl als «Performer» als auch als «Träger» (Nicolini & Monteiro 2017: 114) zur Routinisierung der Entscheidungs-Praktik beitrugen (TB-52). Auch wenn das Koordinationsupdate von vereinzelten Assistenz- oder Oberärzten praktiziert wurde, so bestand die Gefahr, dass nach Beendigung der Schicht oder des Dienstzyklus keine weiteren «Träger» dieser Praktik nachrückten. Der im Aufbau gewesene und *fragile Erwartungsraum* zwischen der Pflege und der Ärzteschaft wurde dadurch kontinuierlich destabilisiert. Vor allem zu Beginn neuer Schicht- und Dienstzyklen «erodierte» die Entscheidungs-Praktik und die Regelmässigkeit des Austausches liess nach (S-10, S-11). Schliesslich wurde die Sinnhaftigkeit der Entscheidungs-Praktik, die im Arbeitsalltag immer weniger mobilisiert wurde, ganz grundsätzlich infrage gestellt (RW-5).

Problematisch dabei war, dass das Management-Team nur bedingt auf die *Gestaltung der Mitgliedschaftsrolle* des ärztlichen Personals Einfluss nehmen konnte: Diese Berufsgruppe war personalrechtlich nicht dem Notfall unterstellt. Aus der Perspektive der Systemtheorie

ist die *Mitgliedschaftsrolle* an die *Bedingung der Regelbefolgung* gebunden: Wer geltende Regeln nicht anerkannt, muss langfristig mit der Beendigung der Mitgliedschaft rechnen (Luhmann 1991a: 41). Weil die ZNS *nicht eigenständig über Ein- und Austrittsbedingungen* von Mitgliedern entscheiden und ärztliches Personal nicht selbstständig rekrutieren konnte, war der *Handlungsspielraum für Sanktionierungen bei Regelverstössen* beschränkt. Das Management-Team hatte lediglich die Möglichkeit, auf unterschiedlichen Sitzungen und in persönlichen Gesprächen die Notwendigkeit des Koordinationsupdates zu betonen. An der gescheiterten Einführung des Koordinationsupdates wurde schliesslich ersichtlich, dass die chirurgischen und medizinischen Oberärzte bei den bisherigen Entwicklungsanstrengungen ungenügend miteinbezogen wurden und die *Erwartungen an ihre Mitgliedschaftsrolle* unterspezifiziert geblieben sind. Auch deshalb wurde im April 2017 das Management-Team mit einer Oberärztin Chirurgie ergänzt, um die Perspektive der Oberärzte stärker zu berücksichtigen und um Legitimation für Veränderungsprozesse auf dem Notfall aufzubauen (TB-43).

Die Einführung und Umsetzung des Koordinationsupdates scheiterte nicht nur an der kommunikativen Erreichbarkeit und der fehlenden Präsenz des ärztliche Personals. Teilweise fehlte auch das *Verständnis für die Notwendigkeit* der neuen Entscheidungs-Praktik. Eine Ärztin meinte: «Ich habe von diesem Update gehört, habe mich aber dagegen entschieden, denn ein Austausch nach fixen Zeiten ist nicht möglich. Das Koordinationsupdate macht keinen Sinn» (RW-5). An diesem Zitat wird deutlich ersichtlich, dass diese Berufsgruppe *eine hohe Handlungs- und Entscheidungsautonomie* einfordert, die im Widerspruch zur Einführung personenunabhängiger Entscheidungs-Praktiken steht. Zudem kann die Notwendigkeit des Koordinationsupdates, anders als bei der Triage, einfacher infrage gestellt werden: «Jeder Patient, der kommt, braucht eine Triage, das ist jedem klar. Aber ich brauche nicht jede Stunde ein Update des Oberarztes. Das Koordinationsupdate ist etwas zu gekünstelt» (I-PF-20). Das Koordinationsupdate ist *keine eigentliche Behandlungs- oder Wertschöpfungsaktivität*. Vielmehr würde die Durchführung des Koordinationsupdates *förderliche Entscheidungsbedingungen* für die Erbringung der Wertschöpfung schaffen. Die Notwendigkeit personenunabhängiger Entscheidungs-Praktiken im Schockraum oder in der Triage kann nicht bestritten werden. Die Notwendigkeit des Koordinationsupdates kann im Arbeitsalltag hingegen leichter hinterfragt werden, insbesondere dann, wenn die zeitlichen Ressourcen des ärztlichen Personals aufgrund von Doppelverantwortlichkeiten ohnehin knapp bemessen sind. *Bilaterale Kommunikation und eine spontane Koordination* scheinen aus der ärztlichen Perspektive förderlicher zu sein als ein standardisierter Austausch.

Insgesamt konnte *keine kollektive Akzeptanz* für diese Entscheidungs-Praktik aufgebaut werden, da sich ein Grossteil des Personals weiterhin auf informeller Basis und je nach Tagesgeschehen und Patientenaufkommen koordinieren wollte. Es entstanden keine *zeitlich stabilen Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen*, die es den arbeitsteilig organisierten Berufsgruppen erlaubt hätte, wechselseitig zu unterstellen, *wann und durch wen der Koordinations- und Informationsaustausch* stattfindet. Die Frage, *wer* am Koordinationsaustausch beteiligt ist, veränderte sich im Verlauf der Entwicklung der Entscheidungs-Praktik und wurde zunehmend unklarer. Anders als ursprünglich vorgesehen, fand das Koordinationsupdate vermehrt zwischen Pflegemitarbeitenden und Assistenzärztinnen statt, welche die Abwesenheiten der Oberärzte kompensierten. Abhängig vom Tagesgeschehen und den zeitlichen Verfügbarkeiten des Kaderpersonals kam das Koordinationsupdate an einem Tag durch Oberärztinnen und am nächsten durch Assistenzärzte zustande, und so wurde es für die Mitarbeitenden immer schwieriger, klare Zuständigkeiten zu definieren und gegenseitige Erwartbarkeiten auszubilden.

Ein weiterer Grund, warum die Etablierung des Informationsaustausches erschwert war, mag darin liegen, dass das Koordinationsupdate nicht *mit vor- oder nachgelagerten Entscheidungsprozessen verknüpft* war. Das Zustandekommen des Koordinationsupdates war keine hinreichende Bedingung für das Zustandekommen von vor- oder nachgelagerten Behandlungsabläufen, sondern *stand zeitlich «quer»* zu anderen Entscheidungsprozessen. Es gab keinen für alle Berufsgruppen gleichermassen klaren Anstoss, ein Koordinationsupdate zu einem spezifischen Zeitpunkt durchzuführen. Dies war bei der Patientenaufnahme anders: Genau dann, wenn ein neuer Patient eintritt, muss eine Patientenaufnahme auf eine regelbasierte Weise erfolgen, damit er überhaupt in den elektronischen Systemen der ZNS erscheint und nachgelagerte Behandlungsprozesse geplant werden können. Die Initiierung des Koordinationsupdates war hingegen von den *subjektiven Einschätzungen und dem «Bauchgefühl» von Mitarbeitenden* abhängig und diese subjektive Einschätzung konnte einfach infrage gestellt werden. Die Frage, *wann* und in welchen Situationen diese Entscheidungs-Praktik zu mobilisieren sei, blieb ungeklärt. Auch gab es *keine nachgelagerte Behandlungsprozesse*, die von der Durchführung des Koordinationsupdates direkt abhängig waren. Zwar trug das Koordinationsupdate dazu bei, Unsicherheiten im Tagesgeschehen der Notfallstation zu reduzieren oder Patienten schneller zu entlassen, dafür war das Koordinationsupdate aber keine hinreichende Bedingung, denn es gab andere Möglichkeiten, um die dafür notwendigen Informationen in Erfahrung zu bringen. Insgesamt kann somit gesagt werden, dass das Koordinationsupdate nicht in ein bestehendes *Netz von sinnhaft miteinander verknüpften*

und *kollektiv bindenden Entscheidungen* etabliert werden konnte. Das Koordinationsupdate wurde in der zweiten Hälfte der hier analysierten Entwicklungsphase immer weniger mobilisiert und verlor im organisationalen Alltag sowie auf der Agenda des Management-Teams immer mehr an Bedeutung.

Zusammenfassende Reflexion

Der tagesaktuelle Informationsaustausch zwischen Berufsgruppen blieb informell und konnte *nicht in eine personenunabhängige Entscheidungs-Praktik überführt* werden. Die Koordination des Tagesgeschehens erfolgte weiterhin in Form von *bilateralen und spontanen Absprachen*. Damit sich eine Entscheidungs-Praktik routinisieren kann, muss sie von den «Trägern» der Praktik regelmässig mobilisiert werden. Dies gelang beim Koordinationsupdate nicht und die Sinnhaftigkeit der Praktik wurde immer stärker infrage gestellt, bis der Informationsaustausch schliesslich nur noch bei Ressourcenengpässen genutzt wurde. Mögliche Erklärungsversuche dafür sind die *erschwerte kommunikative Erreichbarkeit des ärztlichen Personals* sowie ihre fehlende Präsenz aufgrund von Doppelverantwortlichkeiten. Zudem waren die *Möglichkeiten der Gestaltung ihrer Mitgliedschaftsrolle beschränkt* und ihr *Anspruch nach Handlungs- und Entscheidungsautonomie* hoch. Es konnte *kein kollektives Verständnis* über die Frage aufgebaut werden, zu welchem Zeitpunkt und durch wen der Austausch initiiert werden soll. Die Entscheidungs-Praktik konnte nicht in ein bestehendes Netz von sinnhaft miteinander verknüpften Entscheidungen etabliert werden.

Das hier beschriebene Beispiel zeigt, dass nicht alle Entscheidungsprozesse auf dem Notfall erfolgreich in kollektive Praktiken überführt werden konnten. Die Einführung des Koordinationsupdates war letztendlich ein Versuch, die internen *Kommunikationswege stärker zu formalisieren* und einzugrenzen, wer zu welchem Zeitpunkt mit wem worüber spricht. Die «kommunikativen Trampelpfade» (Kühl 2017: 16) haben aber stets *die formalen Kommunikationswege überlagert* und ausser Kraft gesetzt. Im Vergleich zur Patientenaufnahme haben hier wesentliche Bedingungen für die Einführung regelbasierter Entscheidungs-Praktiken gefehlt: Zum einen gab es *keine gemeinsame Kommunikationsplattform* für den Aufbau eines gemeinsamen Verständnisses der Praktik. Die «Performer» und «Träger» (Nicolini & Monteiro 2017: 114) der Entscheidungs-Praktik wechselten regelmässig aufgrund der Schicht- und Dienstzyklen. Zudem konnte keine kollektive Akzeptanz für eine Entscheidungs-Praktik aufgebaut werden, die «quer» und losgelöst zu anderen Behandlungs- und Entscheidungsprozessen stand. Das Koordinationsupdate war, anders als die Patientenaufnahme, keine hinreichende Bedingung für das Zustandekommen nachgelagerte Entscheidungs-Praktiken und konnte

nicht mit vergangenen Entscheidungen verknüpft werden. Letztendlich zeigt dieses Beispiel, dass das *Innenleben einer Organisation eigenlogisch funktioniert* und nicht durch ein Management-Team «beherrscht» werden kann. Entscheidungs-Praktiken können nicht einfach «implementiert» werden. Wie eine Organisation auf veränderte Entscheidungsprämissen reagiert und ob diese im Arbeitsalltag Berücksichtigung finden, kann nicht vorausgesagt werden. Der Aufbau von personenunabhängigen Strukturen ist eine *fragile Angelegenheit*, die gelingen oder auch scheitern kann.

8.2.2.3 Zwischenfazit: Ein Netz aus regelbasierten Entscheidungs-Praktiken entsteht

Trotz der im Kapitel 8.2.2.2 geschilderten Herausforderungen bei der Etablierung des Koordinationsupdates gelang es der ZNS in dieser zweiten Entwicklungsphase, allmählich ein *Netz aus regelbasierten Entscheidungs-Praktiken* und *eine eigene Entscheidungsfähigkeit* aufzubauen. Wie bereits erwähnt, wurde neben der Patientenaufnahme auch das Triage-System, die Behandlung von Patienten im Fast-Track und Schockraum, das Anamneseverfahren, das ambulante Berichtwesen und andere Behandlungsprozesse in regelbasierte Entscheidungs-Praktiken überführt. Diese Entscheidungs-Praktiken, die der unmittelbaren Erbringung der Wertschöpfung dienten, waren dabei *stark voneinander abhängig und in einander verzahnt*. Dieser Umstand konnte genutzt werden: Gelang es Entscheidungs-Praktiken zu Beginn des Behandlungsprozesses, wie z.B. die Patientenaufnahme und Triage in regelbasierte Formen zu überführen, stieg auch die Wahrscheinlichkeit, dass dies bei nachgelagerten Behandlungsprozessen gelingen und sich *kohärente Erwartungsräume* zwischen Mitarbeitenden ausbilden konnten. Die gescheiterte Einführung des Koordinationsupdates zeigt, dass die Etablierung von Praktiken erschwert war, wenn diese nicht sinnvoll mit vor- oder nachgelagerten Entscheidungsprozessen verknüpft werden konnten. Entscheidungs-Praktiken sind darauf angewiesen, dass sie *regelmässig mobilisiert* und als *Voraussetzung* bzw. als «Entscheidungsprämisse» von nachgelagerten Entscheidungsprozessen genutzt werden. Der Aufbau dieses Netzes von Entscheidungs-Praktiken erfolgte sowohl in *Prozessen der selektiven Schliessung* als auch der *Öffnung*: Zum einen musste der Möglichkeitsraum von Entscheidungen und Handlungen eingeschränkt und eine zeitliche Stabilität von Entscheidungsprozessen aufgebaut werden. Dies erfolgte über eine stärkere «*Programmierung» von Entscheidungen*, der *Formalisierung von Kommunikationswegen* und der *Spezifikation von Mitgliedschaftsrollen*. Diese drei Entscheidungsprämissen wurde in der ZNS jeweils für einzelne Entscheidungs-Praktiken festgelegt und es wurde definiert, wer wann worüber entscheidet. Diese Festlegungen wurden aber immer auch angepasst und mussten neu justiert werden, wie an der Entwicklung der Patientenaufnahme demonstriert

wurde. So musste z.B. mehrmals darüber entschieden werden, welche Berufsgruppen für die Patientenaufnahme zuständig sind. Auf der Basis von *Selbstbeobachtung* wurde die Funktionalität von sich einspielenden Entscheidungs-Praktiken kritisch überprüft und hinterfragt. Dies erfolgte entweder durch das Management-Team selbst oder durch eingesetzte Arbeitsgruppen. Diese Veränderungen von Entscheidungs-Praktiken führten dabei zur *(temporären) Erhöhung von kollektiver Ungewissheit* und zur *(temporären) Vergrösserung von Erwartungsräumen*. Daher mussten Entscheidungs-Praktiken aufs Neue kollektiviert sowie Möglichkeits- und Erwartungsräume wieder stabilisiert werden. Die Entwicklung einer eigenen Entscheidungs-Praxis, auch wenn diese noch nicht vollständig kollektiviert war, trug insgesamt zur *Stabilisierung der Systemgrenze des Notfalls* bei. Durch den Aufbau personenunabhängiger Entscheidungsprozesse bildeten sich *Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen* aus, indem sich Mitarbeitende des Notfalls gegenseitig unterstellen konnten, wie Entscheidungen entlang des Behandlungsprozesses hervorgebracht werden. Sowohl *innerhalb als auch ausserhalb des Notfalls* konnte beobachtet werden, dass der Notfall Komplexität auf eine eigenständige Art und Weise bearbeitete. Die Gestaltung eines Netzes von Entscheidungs-Praktiken war angesichts der Geschichte der Notfallstation und ihrer organisationalen Einbettung eine nicht zu unterschätzende Errungenschaft und Ausdruck einer stärkeren *strukturellen Ausdifferenzierung des Systems von seinen Umwelten*. An dieser Stelle soll aufgrund der obigen Überlegungen und Argumente zusammengefasst werden, welche *Voraussetzungen und Bedingungen* die Entstehung eines Netzes von Entscheidungs-Praktiken begünstigt haben.

Unter anderem ermöglichte *der in der ersten Entwicklungsphase gestartete Aufbau der Systemgrenze* und die Klärung des Verantwortungsbereichs der ZNS im Zentrumsspital die Gestaltung der Entscheidungsprozesse *im Innern*. Obwohl die Rolle und der Aufgabenbereich der ZNS immer wieder infrage gestellt wurden, so bestand dennoch eine *gewisse strukturelle Indifferenz* auf dem Notfall, die auch ausserhalb des Notfalls beobachtet wurde. Das Spital konnte den Notfall nicht für alle Entscheidungsprozesse gleichermassen verantwortlich machen. Entscheidungsprozesse an den Schnittstellen wurden zudem stärker über *Kooperationsabkommen* geregelt. Diese Stabilisierung der Systemgrenze *gegen aussen* begünstigte den Aufbau von routinisierten Formen der Entscheidungsfindung *gegen innen*. Die Behandlungsprozesse wurden weniger von aussen destabilisiert, und Komplexität konnte nicht mehr «willkürlich» in den Notfall verlagert werden. Durch diese *Grenzbildungsprozesse* und durch die Bündelung eines Teils der «Weltkomplexität» konnte ein *einfacher zu kontrollierendes Innern* geschaffen werden und

Strukturen in Form von personenunabhängigen Entscheidungsprämissen aufgebaut werden (Willke 2005: 307). Die Ausdifferenzierung der Systemgrenzen und die Ausdifferenzierung einer eigenen Entscheidungs-Praxis *konstituierten sich dabei wechselseitig*. Die Stabilisierung von Systemgrenzen war hinreichend für den Aufbau einer eigenen Entscheidungs-Praxis, gleichzeitig trug die Entwicklung der Entscheidungen-Praxis dazu bei, dass die Differenz zwischen System «ZNS» und ihrer Umwelt immer deutlicher beobachtet werden konnte. Obwohl in der ersten Entwicklungsphase mit dem Aufbau von Systemgrenzen initial gestartet wurde, so erfolgte diese *kommunikative Gestaltungsarbeit gegen innen als auch gegen aussen zeitgleich und parallel* und war auch nach der zweiten Entwicklungsphase noch nicht abgeschlossen. Die Einführung einer personenunabhängigen Entscheidungs-Praxis stabilisierte aber nicht nur die Grenze des Gesamtsystems der ZNS. Der Aufbau eines Netzes von Entscheidungs-Praktiken führte zu einer *stärkeren Binnendifferenzierung des Notfalls in spezialisierte Teilsysteme* und zur *Entstehung multipler Erwartungs- und Mitgliedschaftsgrenzen*. Diese multiplen Mitgliedschaftsgrenzen mussten zwar vom Management-Team gestaltet und die zunehmend isoliert agierenden Handlungssysteme koordiniert werden. Insgesamt hat aber diese Binnendifferenzierung die Aussenseite der ZNS gestärkt und zur «Steigerung der Grenzleistung» (Luhmann 1984: 54) des Gesamtsystems beigetragen, da Subsysteme die Erwartungen der Umwelt effizienter und präziser bearbeiten konnten. So kann z.B. die Erwartung von Rettungskräften nach einer strukturierten Patientenanmeldung viel besser entsprochen werden, wenn diese Aufgabe von einem spezialisierten Team in einer regelbasierten Form erfolgt. Die Einführung eines Netzes regelbasierter Entscheidungs-Praktiken und die Entstehung multipler Systemgrenzen haben sich *wechselseitig konstituiert* und *gegenseitig ermöglicht*.

Weiter zentral war, dass die Entwicklung von Entscheidungs-Praktiken *durch die ZNS selbst erfolgte* und, anders als in der ersten Entwicklungsphase, *nicht fremdbestimmt* war. Die Ausgestaltung von Entscheidungs-Praktiken und die Bearbeitung der Frage, wer wann wie worüber entscheidet, erfolgte *nach eigenen Entscheidungskriterien* und wurde durch interdisziplinäre Arbeitsgruppen oder durch das Management-Team selbst vorangetrieben. Das Management-Team hatte dabei die Rolle, die einzelnen Entscheidungs-Praktiken aufeinander abzustimmen und *agierte als übergeordnete Entscheidungsinstanz*. Kollektive Entscheidungs-Praktiken konnten vor allem dann in das bestehende Netz von Entscheidungsprozessen integriert werden, wenn vorgelagerte Entscheidungen die Bedingung für nachgelagerte Entscheidungsprozessen wurden und diese *sinnvoll miteinander verknüpft* werden konnten. Indem im kontinuierlichen Strom von

Entscheidungen an einer Stelle (z.B. bei der Patientenaufnahme) kollektive Entscheidungs-Praktiken etabliert und gegenseitig unterstellbare Erwartungsräume geschaffen wurden, konnten daran anschliessende Entscheidungsprozesse ebenfalls regelbasiert zustande kommen. So war z.B. eine regelbasierte Patientenaufnahme von einem regelbasierten Übergabeprozedere von Patienten, die mit der Rettung auf die Notfallstation gelangen, angewiesen und vice versa. In diesem Sinne haben sich regelbasierte Entscheidungs-Praktiken auch in ihrem *Gesamtzusammenhang* stabilisiert, Erwartungsräume konnten ausgedehnt und *komplexere Handlungsabfolgen in routinisierte Prozesse* überführt werden.

Eine weitere förderliche Bedingung für den Aufbau der organisationalen Entscheidungs-Praxis war, dass ein *interdisziplinäres Management-Team* für diese Gestaltungsarbeit verantwortlich war. Sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Notfalls wurde dem Management-Team das Recht zugesprochen, im Auftrag des Notfalls *sprechen*, *handeln* und *entscheiden* zu können. Paradoxerweise ist diese Legitimität als «Systemagent» agieren zu können, sowohl Voraussetzung als auch gleichzeitig das Resultat des erfolgreichen Aufbaus einer förderlichen Entscheidungs-Praxis. Obwohl die Management-Verantwortlichen in die Wertschöpfungsprozesse der Notfallstation involviert waren, haben sie dennoch *losgelöst* vom unmittelbaren Arbeitsalltag die *Systemführung* übernommen. Mit Systemführung ist hier die Schaffung von förderlichen *Entscheidungsbedingungen* für die Erbringung der Wertschöpfung und für die Sicherung der organisationalen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit gemeint (Rüegg-Stürm & Grand 2019; Rüegg-Stürm 2008a). Das Management-Team war der «kommunikative Ort», wo über die Gestaltung von Entscheidungsprogrammen, Kommunikationswegen und Mitgliedschaftsrollen entschieden wurde. Weil in diesem Management-Team alle Berufsgruppen repräsentiert wurden, konnten Entscheidungen breit abgestützt werden. Über *zahlreiche Sitzungen, Kanäle und Plattformen* konnten die Entscheidungen des Notfalls *plausibilisiert und kollektiviert* werden. Dabei wurden *persönliche Beziehungen* und *das Netzwerk des Management-Teams* genutzt, um Legitimität für Entscheidungen des Notfalls aufzubauen.

In dem Ausmass, in dem die Komplexität der Entscheidungs-Praktiken mit Fokus auf die unmittelbare Erbringung der Wertschöpfung zunimmt, muss im gleichen Mass auch die Komplexität von Entscheidungs-Praktiken mit Fokus auf die Weiterentwicklung dieser Wertschöpfung zunehmen. Der Aufbau eines Netzes von Entscheidungs-Praktiken war daher auf die *Professionalisierung der Management-Praxis* selbst angewiesen. Wie sich die Management-Praxis in der hier analysierten Entwicklungsphase ausdifferenzierte, ist Thema des nächsten Kapitels.

8.2.3 Die Ausdifferenzierung der Management-Praxis

Auf einer Notfallstation muss kontinuierlich Ungewissheit zu kollektiv bindenden «commitment to action» (Langley, Mintzberg et al. 1995: 261) verarbeitet werden. Dafür braucht es ein *Repertoire von kollektiven Entscheidungs-Praktiken*, die der Erbringung der Wertschöpfung dient. Der Aufbau und die Weiterentwicklung dieses Netzes von Entscheidungs-Praktiken erfolgt wiederum durch konkrete Entscheidungs-Praktiken und ist ein *zentraler Gestaltungsbereich von Management*. Wenn die zur Erbringung der Wertschöpfung erforderliche Entscheidungs-Praxis komplexer wird, dann muss sich auch die Management-Praxis selbst professionalisieren. Denn um die Komplexität eines System handhabbar zu machen, braucht es mindestens so viel Komplexität, wie das System selbst hat (Ashby 1956).

In der zweiten Entwicklungsphase konnte beobachtet werden, dass sich *parallel zur Ausdifferenzierung der organisationalen Entscheidungs-Praxis auch die Management-Praxis ausdifferenzierte.* Dies zeigte sich unter anderem an der Vergrösserung des «unternehmerischen Handlungskerns» (Grand & Bartl 2011), der Etablierung zusätzlicher Kommunikationsplattformen, der Professionalisierung der Sitzungskultur und dem Aufbau von Kennzahlen- und Reportingsystemen. Auf diese vier Aspekte der Ausdifferenzierung der Management-Praxis wird untenstehend einzeln eingegangen.

Vergrösserung des unternehmerischen Handlungskerns

Mit dem Begriff «unternehmerischer Handlungskern» ist an dieser Stelle in Anlehnung an Grand & Bartl (2011) die *Formierung einer Manager-Community* gemeint, die sich mit der Weiterentwicklung der Wertschöpfung beschäftigt und die Systemführung verantwortet. Der «unternehmerische Handlungskern» einer Organisation formiert sich erst über die Zeit und muss nicht deckungsgleich sein mit formalen Gremien (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 228). Fragen der Systemführung der ZNS oblagen in erster Linie dem durch die Geschäftsleitung eingesetztem *Triumvirat*, bestehend aus einem chirurgischen Chefarzt, einem stellvertretenden ärztlichen Leiter sowie einer Pflegeleitung (D-78). Diese *Manager-Community* wurde in der zweiten Entwicklungsphase kontinuierlich vergrössert. Im April 2017 wurde das Team durch eine Oberärztin der Chirurgie ergänzt (TB-43). Dies hatte verschiedene Gründe: Zum einen konnte so die entstandene «Führungswelle» (RW-3) auf breiteren Schultern verteilt werden. Zum anderen hatte man dadurch einen *Promotor* in der Berufsgruppe der chirurgischen Oberärzte, die durch ihre «Mitgliedschaft auf Zeit» nur schwer für die Veränderungsprozesse der ZNS gewonnen werden konnten. Die Perspektive der chirurgischen Oberärzte konnte dadurch ins Management-Team integriert werden. Die

chirurgische Oberärztin fungierte als *Brückenbauerin* zwischen dem Management-Team und dem temporär auf dem Notfall arbeitende chirurgischen Personal, indem sie im Arbeitsalltag *Entscheidungen des Management-Teams plausibilisierte und legitimierte*.

Im Sommer 2017 wurde zudem eine neue *Stelle als leitende MPA* geschaffen, da diese Berufsgruppe kontinuierlich gewachsen ist und für den Aufbau der Entscheidungs-Praxis der ZNS immer wichtiger wurde (D-83, TB-49). Die leitende MPA wurde ebenfalls Teil des Management-Teams und nahm an den zweiwöchigen Sitzungen des mittlerweile sechsköpfigen Management-Teams teil. Die *Pluralität der in der Wertschöpfung beteiligten Mitarbeitenden* widerspiegelte sich im Management-Team, das nun ein *komprimiertes Abbild des Gesamtsystems* war. Die *Systemführung wurde kollektiv verantwortet*, Perspektiven wurden im multidisziplinären Team abgeglichen und Entscheidungen über die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Entscheidungs-Praxis fortlaufend plausibilisiert. Das nun breiter abgestützte Management-Team hatte dabei eine doppelte Funktion: Zum einen trugen sie Anliegen, Perspektiven und Feedbacks der einzelnen Berufsgruppen in das Management-Team, die hier mit Blick auf die Systemführung bewertet und bearbeitet wurden. Zum anderen agierte das Management-Team als *kommunikativer «Filter» und «Informant» der einzelnen Berufsgruppen*: Entscheidungen des Management-Teams, welche die Berufsgruppe der MPA betrafen, wurden durch die leitende MPA an ihr Team weitergeleitet. Auszüge der Sitzungsprotokolle wurden über die Pflegeleitung und ihren STV an den Sitzungen des Pflegeteams diskutiert. Der Chefarzt und sein ärztlicher Leiter kommunizierten relevante Informationen jeweils an Rapporten und Sitzungen an das chirurgische respektive internistische Personal. Innerhalb des grösser gewordenen Management-Teams kam es zu einer stärkeren Spezialisierung: Die *Verantwortung für die Systemführung* und *Fachführung* wurde voneinander getrennt. Die Systemführung wurde gemeinsam im sechsköpfigen Team verantwortet: Übergeordnete Themen wie Ressourcenallokation, Patientenreklamationen, CIRS-Meldungen, die Rolle der ZNS im Zentrumsspital und die Gestaltung der Entscheidungs-Praxis wurden kollektiv bearbeitet. Die *Personal- und Fachführung* der unterschiedlichen Berufsgruppen oblag hingegen immer mehr den entsprechenden Vertretern des Management-Teams. So waren mehrheitlich die Pflegeleitung und ihre STV für die personelle Führung des Pflegeteams zuständig, nicht aber der chirurgische Chefarzt (TB-17). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die *Vergrösserung der Manager-Community zur Spezialisierung ihrer eigenen Management-Praxis* geführt hat: Die Systemführung erfolgte kollektiv und interdisziplinär,

die Verantwortung für die Fach- und Personalführung wurde hingegen in die entsprechenden Disziplinen aufgeteilt (siehe Abbildung 8).

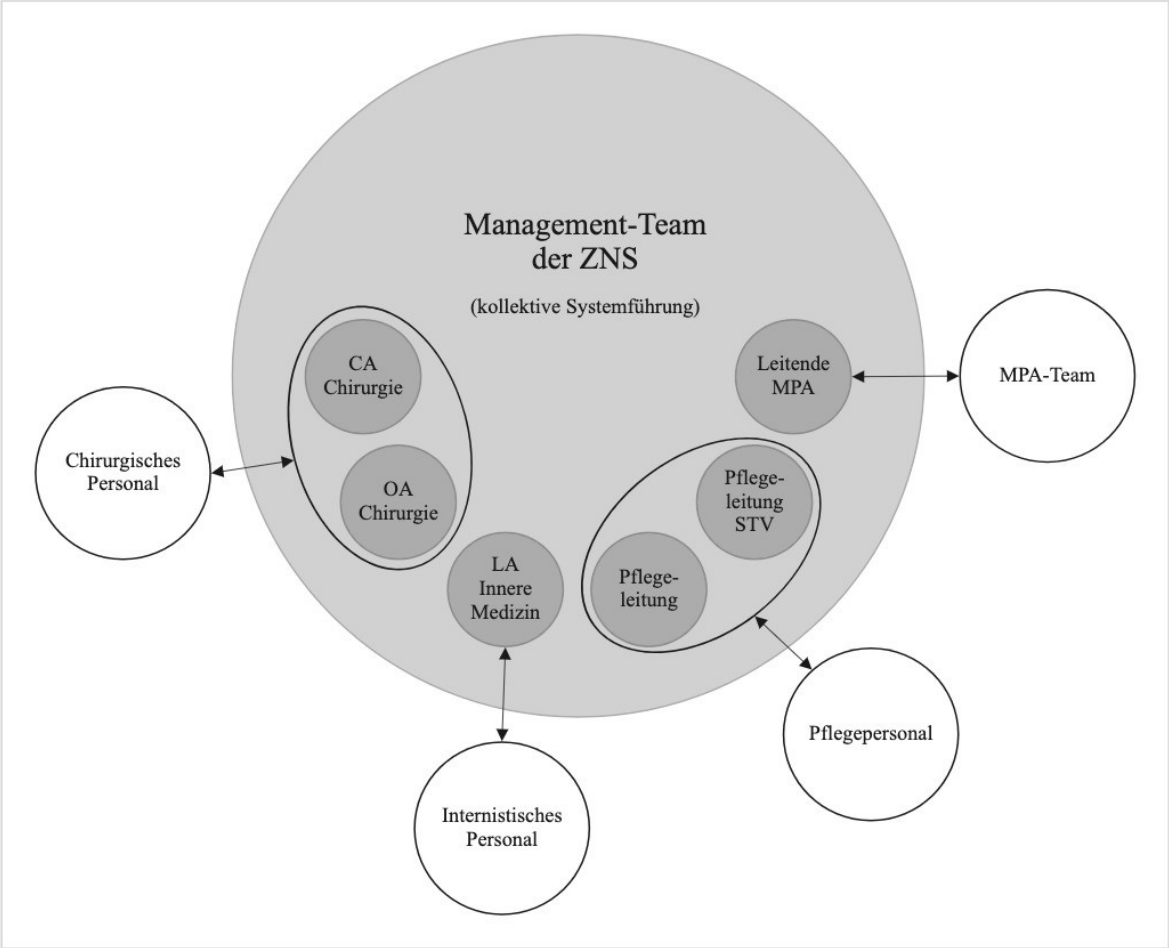

Abbildung 8: Systemführung und berufsgruppenspezifische Fach- und Personalführung

Der unternehmerische Handlungskern wurde aber nicht nur durch das offizielle Management-Team vergrössert. Für die Weiterentwicklung der organisationalen Entscheidungs-Praxis wurden vom Management-Team jeweils *Arbeitsgruppen mit konkreten Auftragsvereinbarungen* eingesetzt, z.B. für die Entwicklung des neuen Triage-Systems oder für die Definition der Kompetenzen unterschiedlicher Pflegeberufe (D-12). So konnte der unternehmerische Handlungskern in dieser zweiten Entwicklungsphase *temporär* und *themenspezifisch* erweitert werden. Die Weiterentwicklung der Wertschöpfung erfolgte im Rahmen dieser Arbeitsgruppen oftmals durch die Mitarbeitenden selbst. In der Retroperspektive scheint sich dieses Vorgehen laut dem Management-Team bewährt zu haben:

> «Die Idee war, die Interdisziplinarität des Notfalls als Chance zu sehen, als Management-Team nicht immer alles selber machen zu müssen. Bei der Triage war es wichtig, dass die beteiligten Disziplinen diesen Ablauf selbst gestalten und wir das über Auftragsvereinbarungen steuern. Für mich war dies das richtige Vorgehen. Diese interdisziplinären Arbeitsgruppen waren auch besser für die Identifikation, die haben das wieder in die Organisation getragen. Unsere Vorgaben als Lenkungsgruppe führen nicht immer zu Identifikation, es muss bottom up sein, aber wir müssen lenken» (RW-3).

Etablierung zusätzlicher Kommunikationsplattformen

Neben der Vergrösserung des unternehmerischen Handlungskerns wurde die Management-Praxis über die *Etablierung zusätzlicher Kommunikationsplattformen* professionalisiert. Die im Februar 2015 eingeführte Leitungskonferenz wurde weiterhin alle zwei Wochen durchgeführt und sowohl für Fragen der Systemführung als auch für die Optimierung des Tagesgeschäfts genutzt (I-C-16). Diese Kommunikationsplattform konnte sich in dieser zweiten Entwicklungsphase weiter institutionalisieren, obwohl alle Mitglieder des Management-Teams in die Erbringung der Kernwertschöpfung involviert waren oder Doppelverantwortlichkeiten im Zentrumsspital hatten. Der zweiwöchige Austausch kam fast immer unter Vollbesetzung zustande und wurde selten verschoben. In Ergänzung dazu wurde ab Januar 2016 mit den *halbjährlichen bzw. jährlichen Strategie-Retraiten* weitere Kommunikationsplattformen geschaffen (TB-20). Der Fokus dieser Retraiten lag auf der Definition strategischer und operativer Ziele, der Weiterentwicklung der Infrastruktur, der Optimierung von Entscheidungsprozessen und der Gestaltung des Organisations- und Führungsmodells (TB-28, TB-49).

Mit der alle zwei Wochen stattfindenden Leitungskonferenz und der Strategie-Retraite wurden Plattformen geschaffen, die eine *kritische Selbstbeobachtung ausserhalb des organisationalen Alltagsgeschehens* der ZNS ermöglichten. Zudem wurden bestehende Kommunikationsplattformen ausgebaut, die stärker in den Arbeitsalltag eingebettet waren: Bisher wurden neue Assistenzärzte durch den chirurgischen Chefarzt bzw. den leitenden Arzt Medizin eingeführt. Ab August 2015 wurden die Einführungen neuer Dienstzyklen mit einer Schulung der Pflegeleitung ergänzt (D-16). Für Mitarbeitende der ZNS wurde somit sichtbar, dass die ZNS von einem mehrköpfigen Management-Team verantwortet wird. In dieser Entwicklungsphase wurde eine Reihe weiterer Kommunikationsplattformen eingeführt, die sich hinsichtlich ihrer *Routinisierung*, *Formalisierung* und *Zielsetzung* unterscheiden. Die Tabelle 8 bringt diese Kommunikationsplattformen zur Darstellung.

	Grad der Routinisierung	Formalisierung	Zielsetzung
Leitungskonferenz (LK) (sechsköpfiges Management-Team anwesend inkl. Protokollführerin, Sitzung wird geleitet durch Chefarzt der ZNS)	Starke Routinisierung (jeden zweiten Dienstag von 9.00 – 11.00 Uhr)	Starke Formalisierung (Traktandenliste, Protokollierung, formelle Beschlussfassung, LK ist im Betriebskonzept verankert)	Strategische und operative Systemführung, Koordination des Arbeitsalltags
Erweiterte Leitungskonferenz (durch Einladung zusätzlicher Mitarbeiter, Arbeitsgruppen oder externer Kooperationspartner in die LK)	Mittlere Routinisierung (je nach Bedarf und Themenstellung)	Starke Formalisierung (Traktandenliste, Protokollierung, formelle Beschlussfassung)	Externe Perspektiven einholen, Entscheidungen plausibilisieren und kollektivieren, Gestaltung von Entscheidungs-Praktiken an organisationalen Schnittstellen, Entscheidungen vorbereiten, gemeinsame Ausarbeitung von Konzepten und Standards
Strategie-Retraiten (ausserhalb und losgelöst vom organisationalen Arbeitsalltag)	Starke Routinisierung (halbjährlich oder jährlich)	Mittlere Formalisierung (formelle Beschlussfassung, Fotoprotokoll)	Strategische Weiterentwicklung der Organisation, Selbstbeobachtung und Reflexion, Kollektivierung von vergangenen und künftigen Entwicklungen, Systemführung
Schulungen & Einführungen neuer Dienstzyklen (durch mehrere Vertreter des Management-Teams)	Starke Routinisierung (alle 6-8 Wochen und jeweils zu Beginn eines neuen Zyklus)	Mittlere Formalisierung (ähnliche Inhalte und Struktur entlang vorbereiteter Unterlagen)	Einführung neuer Mitarbeitenden in betriebliche Prozesse, Onboarding, Klärung von Mitgliedschaftserwartungen
Sitzungen von interdisziplinären Arbeitsgruppen (z.B. Reevaluation des Konzepts «Koordinationsupdate», teilweise Anwesenheit durch Vertreter des Management-Teams)	Unterschiedlich, je nach Arbeitsgruppe, Themenstellung und Projektstand	Mittlere Formalisierung (teilweise Beschlussfassung, Protokollierung)	Ausarbeitung von Konzepten, Gestaltung von Entscheidungs-Praktiken, Vorbereitung von Entscheidungen durch Management-Team

Sitzungen des Pflegeteams (geleitet durch Pflegeleitung und STV)	Hohe Routinisierung (alle zwei Wochen)	Starke Formalisierung (Protokollierung, teilweise Beschlussfassung)	Informationsaustausch, Schaffung von Dialog-Plattform, Kollektivierung und Plausibilisieren der Entscheidungen des Management-Teams, teilweise Fachführung
Informationsanlässe & Schulungen für Externe (z.B. Zuweiseranlass, Schulung der Rettungsdienste, Tag der offenen Tür etc.)	Mittlere Routinisierung (je nach Bedarf und Themenstellung)	Mittlere Formalisierung (teilweise Protokollierung)	Kollektivierung und Legitimierung betrieblicher Prozesse, Informationsaustausch, Aufbau von Beziehungen zu externen Stakeholdern wie Hausärzte, Rettung, Öffentlichkeit etc.
Interdisziplinäre Mitarbeiterworkshops (z.B. zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit etc.)	Mittlere Routinisierung (je nach Bedarf und Themenstellung)	Geringe Formalisierung	Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit, Legitimierung und Vergemeinschaftung betrieblicher Prozesse und Entscheidungs-Praktiken, Meinungs- und Perspektivenaustausch, Aufbau von Legitimität des Management-Teams
Berufsgruppenspezifische Informationsanlässe (z.B. Information an ärztliches Personal bzgl. Anmeldezentrale und Fast-Track Behandlungen)	Mittlere Routinisierung (je nach Bedarf und Themenstellung)	Mittlere Formalisierung (teilweise Protokollierung)	Informationsaustausch, Schaffung von Dialog-Plattformen, Legitimierung und Vergemeinschaftung betrieblicher Prozesse und Entscheidungs-Praktiken
Berufsgruppenspezifische Mitarbeiterschulungen (z.B. Schulung des Pflegeteams bezüglich neuem Triagesystem)	Mittlere Routinisierung (je nach Bedarf und Themenstellung)	Mittlere Formalisierung (teilweise obligatorische Weiterbildungen)	Fachführung, Aufbau von Kompetenzen und fachlichen Fähigkeiten
Informelle Personalanlässe (z.B. Weihnachtsapéro)	Geringe Routinisierung	Geringe Formalisierung	Informeller Austausch zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen, Teamgefühl stärken etc.
Learning Journeys (Besuche und Rundgänge bei anderen Notfallstationen und Spitälern)	Geringe Routinisierung (je nach Bedarf, eher punktuell)	Geringe Formalisierung	Austausch mit anderen Health Professionals, Entwicklung von «Best Practices», Inspiration für Weiterentwicklung der eigenen Organisation, persönliche Lernprozesse fördern

Tabelle 8: Kommunikationsplattformen der ZNS

Die Tabelle zeigt, wie sich in dieser zweiten Entwicklungsphase sowohl die interne Kommunikation und mit ihr die Management-Praxis selbst professionalisierte. Die *Vielfalt unterschiedlicher Kommunikationsplattformen*, die jeweils unterschiedliche Funktionen hatten, war eine wichtige Voraussetzung dafür, dass eine *eigene Entscheidungs-Praxis aufgebaut, weiterentwickelt und kollektiviert* werden konnte. Dabei war es vor allem die Aufgabe des Management-Teams, diese Kommunikationsplattformen zu gestalten und *produktive Bedingungen für die Entwicklung der organisationalen Wertschöpfung* bereitzustellen. Gleichzeitig konnten durch die *Institutionalisierung der Leitungskonferenz und der Strategie-Retraiten* die Management-Praxis selbst in den Blick genommen und kritisch weiterentwickelt werden. Eine grosse Herausforderung stellte sich allerdings bei der *Etablierung von Kommunikationsplattformen mit dem ärztlichen Personal*. Da dieses, anders als das Pflegepersonal, stark fluktuierte, konnte, abgesehen von den Einführungen zu Beginn einen neues Dienstzyklus, keine routinisierte Kommunikationsplattform aufgebaut werden. Stattdessen musste das Management-Team auf Sitzungen und Rapporte der chirurgischen oder medizinischen Kliniken ausweichen, um diese Berufsgruppe kommunikativ zu erreichen.

Professionalisierung der Sitzungskultur

Auch die Sitzungskultur hat sich in dieser zweiten Entwicklungsphase professionalisiert, und somit konnte die *Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit* des Management-Teams gestärkt werden. Es wurden *Traktanden- und Pendenzlisten* eingeführt, die im Voraus verschickt und an den Leitungskonferenzen bearbeitet wurden (D-58, D-78). Die Einführung einer *Pendenzliste* ermöglichte es, dass ein gemeinsames Verständnis von zu erledigenden Arbeitspaketen geschaffen wurde, die Arbeitslast bzgl. der Transformation der ZNS im Management-Team aufgeteilt, Zuständigkeiten definiert und Aufgaben priorisiert werden konnten (D-58). Da eine Vielzahl an operativen und strategischen Entscheidungen *unter hohem Zeitdruck* bearbeitet werden mussten, war eine *produktive Sitzungskultur* und die *kollektive Entscheidungsfähigkeit* des Management-Teams wichtig. Die Leitungskonferenzen wurden in der Folge systematisch protokolliert, und getroffene Entscheidungen waren zu einem späteren Zeitpunkt rekonstruierbar. Es spielten sich *konkrete Entscheidungsmuster* ein: Geleitet wurden die Sitzungen jeweils vom Chefarzt. Zu Beginn jeder Sitzung wurde das Protokoll der vergangenen Sitzung ergänzt, gemeinsam genehmigt und entschieden, welche Informationen daraus an die Mitarbeitenden der einzelnen Berufsgruppen zu kommunizieren sind. Dadurch konnten Entscheidungen des Management-Teams sichtbar und für Aussenstehende nachvollziehbar gemacht werden, wie das folgende Zitat zeigt:

> «[…] Es gibt ja das Protokoll, das geht in abgespeckter Art und Weise an das Pflegeteam weiter. Ich glaube auch, es ist wichtig für die Pflege zu sehen, dass da etwas läuft und dass da wirklich auch für den täglichen Ablauf wichtige Sachen entschieden werden» (I-IM-5).

Die *Legitimität von Entscheidungen* wurde aufgebaut, indem Entscheidungsprotokolle, schriftliche Unterlagen und Konzeptpapiere mit der *offiziellen Kopf- und Fussnote des Management-Teams* verschickt wurden (TB-20). Dies führte zu einer stärkeren *Personalisierung von Entscheidungen*: Mitarbeitende und externe Organisationseinheiten konnten Entscheidungen bezüglich der Weiterentwicklung der organisationalen Wertschöpfung einem «Entscheider» zuschreiben.

Es wurde ein aktives *Agenda Setting* betrieben, also eine Selektion relevanter Themen- und Problemstellungen, die in einem bestimmten zeitlichen Rhythmus kollektive Aufmerksamkeit verdienen (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 169). Ab Juni 2015 entstanden stehende Traktanden, wie z.B. der Rekrutierungsstand und -bedarf, der alle zwei Wochen diskutiert wurde (D-13). CIRS-Meldungen wurde circa alle zwei Monate diskutiert (D-13). Zudem konnten *Traktandenwünsche von Mitarbeitenden* an das Management-Team gestellt werden. Dafür wurde ein *Antragsformular* geschaffen, das bei Bedarf an das Management-Team verschickt werden konnte und der Traktandenwunsch bzw. Antrag offiziell im Lenkungskreis diskutiert wurde (D-8, I-IM-5). Die Professionalisierung der Sitzungskultur über ein gezieltes Agenda Setting sowie über Regeln hinsichtlich der Bearbeitung von Entscheidungsprozessen hatte mehrere Effekte: Zum einen konnte dadurch die *Arbeits- und Entscheidungsfähigkeit des Management-Teams* gestärkt werden. Unter hohem Zeitdruck konnten *kollektiv bindende Entscheidungen* erarbeitet werden. Die Entscheidungen des Management-Teams wurden zunehmend nachvollziehbarer. Insgesamt wurde die Art und Weise, wie *der Kommunikationsfluss in der ZNS organisiert wird* für Aussenstehende immer erwartbarer.

Aufbau von Kennzahlen- und Reportingsystemen

Um das Tagesgeschäft beobachten zu können und eine fundierte Informationsgrundlage für strategische Entscheidungen zu schaffen, entschied sich das Management-Team dazu, ein *Führungscockpit* und *Reportingsystem* aufzubauen (TB-28). Ziel dabei war es, *tagesaktuelle Kennzahlen* wie Patientenzahlen nach Triage-Kategorien, Aufenthaltsdauer von Patienten oder Bettenbelegung messen und evaluieren zu können (TB-28). Zudem brauchte es einen *Monats- oder Wochenrapport*, um langfristige Kapazitätsengpässe antizipieren zu können (TB-28). Für die Definition der konkret zu messenden Kennzahlen

wurde der Austausch mit anderen Spitälern und Notfallstationen gesucht und «Best Practices» identifiziert (D-38). Zwei Personen des Management-Teams wurden schliesslich mit der konkreten Ausarbeitung des Cockpits beauftragt. Die in dieser zweiten Entwicklungsphase geleistete Aufbauarbeit für neue Führungsinstrumente zeigt, dass sich das Management-Team zunehmend als *zentrale Koordinations- und Entscheidungsinstanz* verstanden hat, deren Aufgabe in der *kritischen Beobachtung und Monitorisierung* des Gesamtsystems liegt. Um den Überblick über das tagesaktuelle Geschehen auf dem Notfall zu behalten und um Ressourcenengpässe antizipieren zu können, mussten adäquate Informations- und Entscheidungsgrundlagen geschaffen und Reporting-Systeme aufgebaut werden (TB-28).

Der Aufbau von Führungs- und Reportingsystemen erfüllte einen weiteren Zweck: Indem mit Fakten und Zahlen nachgewiesen werden konnte, wie sich das *Fallwachstum auf der ZNS entwickelt*, erhoffte sich das Management-Team eine bessere Ausgangslage bzgl. der Verteilung personeller und finanzieller Ressourcen im Spital (I-C-9). Aufgrund des Organisationsmodells der ZNS konnte das Management-Team nicht autonom über Investitionen in Infrastruktur und Personal entscheiden und war finanziell abhängig von externen Zugeständnissen. Mithilfe des Cockpits wollte das Management-Team *potenzielle Investitionsentscheidungen rechtfertigen* und Ressourcen für die Weiterentwicklung der Wertschöpfung sichern. Ein Vertreter des Teams sagte dazu:

> «Wir wollen dadurch auch Commitment schaffen, in Sinne von: Was wollen wir für einen Notfall betreiben? Wollen wir einfach Dienst nach Vorschrift? Oder wollen wir sagen, das Kantonsspital betreibt eine Notfallstation in einer vorbildlichen Funktion, also in einer vorbildlichen Ausführung und vorbildlichen Besetzung, ein Vorzeigeprojekt. […] wir sind da jetzt gerade in einer kritischen Phase, wo es darum [geht], wie viel man bereit ist zu investieren. Es wird zusätzliche Investitonen geben […] und da bin ich gespannt, wo wir uns treffen» (I-C-9).

Zusammenfassende Reflexion

Eine Entscheidungs-Praxis fällt nicht vom Himmel, sondern muss gezielt gestaltet und entwickelt werden. Der Aufbau einer Entscheidungs-Praxis kann nur gelingen, wenn die sich einspielenden Entscheidungsprozesse *an einem Ort systematisch beobachtet und reflektiert* werden. Dafür braucht es wiederum etablierte *Management-Praktiken*. In dieser zweiten Phase wurde die Management-Praxis professionalisiert. Diese *Ausdifferenzierung der Management-Praxis* zeigte sich an der Vergrösserung des unternehmerischen

Handlungskerns, der Etablierung zusätzlicher Kommunikationsplattformen, der Professionalisierung der Sitzungskultur und des Aufbaus von Kennzahlen- und Reportingsystemen. Indem das Management-Team seine Arbeitsweise selbst innovierte und ein Agenda Setting und Traktandenlisten einführte, wurde das interdisziplinäre Team *handlungs- und entscheidungsfähig*.

Dank der Ausdifferenzierung der Management-Praxis wurden gleichzeitig auch die *Grenzen des Gesamtsystems* für Aussenstehende und Mitarbeitende beobachtbarer. Das Management-Team wurde zum «kommunikativen Ort», wo externe und interne Anliegen *nach einem erwartbaren Muster* bearbeitet wurden. Über die Schaffung neuer Kommunikations- und Austauschplattformen wurde die Art und Weise, wie der Kommunikationsfluss gestaltet und wie Entscheidungen auf der ZNS erarbeitet wurden, für Aussenstehende *erwartbarer*. Die Arbeitsweise des Management-Teams konnte immer stärker von jenen anderer Organisationseinheiten unterschieden werden. Indem das Management-Team seine eigenen kommunikativen Praktiken anpasste, konnten erarbeitete Entscheidungen dem Management-Team, das stellvertretend für die ZNS stand, zugeschrieben werden. So wurden z.B. Entscheidungsprotokolle gezielt mit der offiziellen Kopf- und Fussnote versehen, damit *der Entscheidungsträger ersichtlich wird*, wie die folgende Aussage zeigt: «Wir müssen die Kopfzeile des Protokolls ändern, dass man sieht, das ist ein ZNS-Dokument und kein Spitaldokument» (TB-28). Die *Entstehung von Systemgrenzen und Entscheidungs-Praktiken haben sich somit wechselseitig konstituiert*. Indem die Management-Praxis ausdifferenziert wurde, haben sich sowohl gegen innen als auch gegen aussen der ZNS *Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen etabliert*. Mit der Professionalisierung der Management-Praxis wurden gleichzeitig auch förderliche Bedingungen geschaffen, um die Entscheidungs-Praxis der ZNS aufzubauen und weiterzuentwickeln.

8.2.4 Die Regulierung des Umweltkontakts über Grenzstellen

Im Kapitel 5.7 wurde ausgeführt, dass in komplexen Organisationen bestimmte Akteure den Kontakt mit der Umwelt regulieren, und sogenannte *Grenzstellen* für die selektive Öffnung und Schliessung einer Organisation zuständig sind. Als *Querschnittsbereich* wird die ZNS laufend mit multiplen Erwartungen sowohl von Patientinnen und Zuweisern als auch von Organisationseinheiten des Zentrumsspitals konfrontiert. Da die ZNS eine starke prozessuale und personelle Verflechtung mit dem Spital aufweist, ist es für den Erhalt der eigenen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit wichtig, dass der *Umweltkontakt* an einer Stelle des Systems bearbeitet wird und Informationen gefiltert werden. Obwohl grundsätzlich alle Mitarbeitenden, und nicht nur die «Systemspitze» (Luhmann 1999: 236),

eine Filterfunktion ausüben können, so kann der hohe hierarchische Status von Akteuren dennoch helfen, die Funktion der Grenzstelle wahrzunehmen und das System gegen aussen zu vertreten (Luhmann 1999: 237–239). Im Fall der analysierten Notfallstation hatte vor allem das *interdisziplinäre Management-Team die Rolle der Grenzstelle* inne. Es versorgte die ZNS mit Informationen der Umwelt, um Strukturveränderungen zu ermöglichen und eine förderliche Entscheidungs-Praxis zu etablieren. Gleichzeitig schützte das Team die ZNS aber auch vor destabilisierenden Umwelteingriffen und trug zum Erhalt der organisationalen Entscheidungsfähigkeit bei.

Im Zuge des Aufbaus einer regelbasierten Entscheidungs-Praxis etablierte sich das Management-Team als *übergeordnete Entscheidungsinstanz der ZNS* und übernahm eine wichtige *Filterfunktion*. Im Management-Team wurde auf regelmässiger Basis diskutiert, welche Feedbacks von Mitarbeitenden, Patienten oder externen Akteuren *bei der Gestaltung von Entscheidungs-Praktiken zu berücksichtigen oder zu ignorieren* sind. In gemeinsamen Sitzungen wurden Anliegen und Anfragen von Mitarbeitenden hinsichtlich der Weiterentwicklung der Entscheidungs-Praxis systematisch interpretiert, bewertet, als irrelevant eingestuft oder als Informationen, die «einen Unterschied machen» (Bateson 1985: 582), identifiziert. Dabei kristallisierten sich mit der Zeit *kommunikative Muster und Praktiken* heraus, wie das System mit relevanten Informationen aus der Umwelt versorgt werden kann. Wie im Kapitel 8.2.3 bereits erwähnt, wurde ein aktives *Agenda Setting* betrieben, also eine spezifische Selektion relevanter Themen- und Problemstellungen, die in einem bestimmten zeitlichen Rhythmus bearbeitet wurden. Je nach Dringlichkeit eines Themas wurden stehende Traktanden eingeführt (D-13). Über die *Einführung eines Antragsformulars* konnten Mitarbeitende Anliegen und Traktandenwünsche in einer *standardisierten Weise* in das Management-Team einbringen (D-8, I-IM-5). Der Kontakt mit der Umwelt wurde systematisch reguliert, indem externe Akteure und Entscheidungsträger des Zentrumsspitals gezielt in die Sitzungen des Management-Teams der ZNS eingeladen wurden. So konnten, losgelöst vom organisationalen Arbeitsalltag, gemeinsame *Reflexions- und Interpretationsprozesse* entstehen. Weil es beispielsweise bei radiologischen Befundungen zu Verzögerungen in Behandlungsprozessen kam, wurden die Entscheidungsträger der Radiologie in die Leitungskonferenz eingeladen. Die Weiterentwicklung von Entscheidungs-Praktiken zwischen der ZNS und der Radiologie erfolgte somit nicht im organisationalen Arbeitsalltag, sondern in *separaten Kommunikationsplattformen* und unter der Beteiligung relevanter Entscheidungsträger beider Systeme. Das Management-Team der ZNS versuchte mit dieser Vorgehensweise «Zwischensysteme» einzurichten, in denen Grenzstellen mehrerer Systeme gegenseitige

Erwartungen abglichen. Dabei wurde versucht, die eigene Entscheidungsautonomie aufrechtzuerhalten, ohne dabei zu stark in die Entscheidungsautonomie anderer Systeme einzugreifen. Der untenstehende Diskussionsauszug des Management-Teams der ZNS gibt Einblick in diesen Balanceakt:

> *Chefarzt:* Dann zur Erwartungsklärung mit der Radiologie. Von meiner Seite ist das allgemeine Ziel, auf der Kaderseite zu klären, was wir gegenseitig erwarten, damit wir auf Mitarbeiterebene keine Konflikte haben. Das oberste Gebot dabei ist Kollegialität und gegenseitige Wertschätzung. […] Es braucht einen standardisierten Austausch, z.B. einmal im Jahr im Lenkungssauschuss, ein Gefäss. Was habt ihr für Erwartungen?
> *Pflegeleitung:* Wir müssen schauen, dass wir nicht sagen, was sie zu tun haben.
> *Chefarzt:* Ja, für mich muss klar sein, dass Notfallpatienten Prio haben. Ab November muss das klar sein, nicht wie jetzt. […] Wie sie das jetzt lösen, ist nicht unser Problem, sie haben ja zusätzliche Stellen bekommen. Unsere Anforderung ist ein Radiologe, der hat vor Ort zu sein, der sollte für uns greifbar sein, damit wir mit ihm den Fall besprechen können. […] Aber lösen müssen sie es. Wir können nur sagen, was wir erwarten (TB-14).

Diese Diskussion zeigt, dass das Management-Team versuchte, zwischen den Interessen des Systems und ihrer Umwelt zu vermitteln, ohne die *Handlungsautonomie anderer Teilsysteme* infrage zu stellen. Dieser Erwartungsabgleich fand dabei auf Kaderebene, also zwischen den Grenzstellen, statt. Das Management-Team versuchte «für Frieden an den Grenzen zu sorgen, für Ausgleich von Spannungen […] und für rechtzeitige Vorbereitung des Systems auf notwendige Programmänderungen» (Luhmann 1999: 223–224).

Zwischen der ZNS und den Organisationseinheiten des Spitals haben zahlreiche *Erwartungsklärungen und Gespräche* stattgefunden, die zur Anpassung von Strukturen bzw. der Entscheidungs-Praxis der ZNS geführt haben. Ein Beispiel dafür ist der *Prozess der postoperativen Angehörigen-Benachrichtigung*.

Um die Privatsphäre von Patientinnen zu schützen, müssen in einem standardisierten Prozess die Regeln für Auskünfte an Drittpersonen festgelegt werden. Im Sommer 2016 wurde zwischen der Bettenstationen und der ZNS diskutiert, wie dieser Informationsprozess zu organisieren und welche Berufsgruppe dafür verantwortlich ist. Die Bettenstation erwartete, dass die ZNS ihre Entscheidungsprozess an die ihrigen anpasse. Die Verantwortung für die postoperative Benachrichtigung an Angehörige solle, wie auf der Bettenstation auch, von Pflegemitarbeitenden übernommen werden, und nicht wie bis

anhin auf der ZNS üblich, von Assistenzärzten. Es kam zu folgendem Gespräch zwischen dem Management-Team der ZNS und einer leitenden Ärztin der Bettenstation:

> *Chefarzt:* Zum Formular postoperative Angehörigen-Benachrichtigung.
> *Pflegeleitung*: Da hat es mir gestern fast das Herz «gelupft», wo ich die Mail von [der leitenden Ärztin der Bettenstation] gesehen habe, wo sie den Assistenzärzten sagt, das würde die Pflege machen. Das ist im Moment wirklich sehr ungünstig! Das hatten wir an einer Teamsitzung diskutiert und der Pflege bestätigt, dass es so bleibt, wie es jetzt ist.
> *Der Chefarzt nimmt das Telefon in die Hand und ruft die leitende Ärztin der Bettenstation an. Er bittet sie, in die Sitzung des Management-Teams zu kommen. Einige Minuten später kommt die leitende Ärztin.*
> *Chefarzt:* Also, wir haben gerade über deine E-Mail diskutiert. Unsere Pflege im Notfall ist unter Druck. Und du hast diese E-Mail rausgelassen, dass die Notfallpflege das machen muss.
> *Pflegeleitung:* Und wir hatten vor einem Monat entschieden, dass die Pflege das nicht macht. Das hat die Notfallpflege nie gemacht in der Vergangenheit.
> *Leitende Ärztin:* Wer hat das entschieden? Wir haben das bei uns auf der Bettenstation auch diskutiert. Unsere Pflegeleitung hat entschieden, dass es die Pflege machen soll, weil die Pflege ist näher am Patienten. Ich habe mit den Assistenzärzten auf der ZNS diskutiert und erfahren, dass es nicht einheitlich gemacht wird. Einige Pflegende machen es, und alle paar Monate wird es wieder erneut diskutiert. Es ist eine Fehlerquelle, wenn man es auf der Bettenstation anders macht als auf der Notfallstation.
> *Pflegeleitung STV:* Die Pflege ist einfach am Ende der Informationskette. Wir wissen nicht, wann eine OP kommt. Die Anästhesie kommt dann einfach und sagt, der Patienten geht in den OPS, und wir haben es noch gar nicht gewusst. Es fehlt an Zeit, um die Diskussion bzgl. Auskünfte an die Patientenangehörigen führen zu können. Es ist eine ärztliche Verantwortung.
> *Chefarzt:* Eigentlich schon nicht, es geht um Patientenbetreuung.
> *Pflegeleitung:* Auf der Station hat die Pflege Zeit dafür, aber auf der ZNS nicht. Für mich ist der Zeitpunkt nicht ideal. Wir haben vor einem Monat diskutiert, dass die Pflege das nicht machen muss, und jetzt müssen sie es doch wieder. Dass es irgendwann an die Pflege übergeht, ist klar, aber im Moment haben wir einfach grössere Sorgen und können die Pflege nicht noch mit zusätzlichen Arbeitsschritten belasten (TB-32).

An diesem Gesprächsausschnitt wird mehreres sichtbar: Zum einen versuchten die Management-Verantwortlichen der ZNS die *Entscheidungsautonomie über die Gestaltung eigener Entscheidungsprozesse aufrechtzuerhalten*. An externe Akteure wie die Bettenstationen wurde in Gesprächen signalisiert, dass die ZNS eigenständig über interne Entscheidungsprozesse entscheidet. Zum anderen wurde versucht, destabilisierende Eingriffe der Umwelt abzuwenden, etablierte Entscheidungsprozesse zu schützen und eine Delegitimierung von bereits getroffenen Entscheidungen der ZNS durch andere Entscheidungsträger des Spitals zu verhindern. Im Austausch mit Akteuren der Umwelt entstand aber auch ein gemeinsames *Sensemaking* darüber, wie Entscheidungsprozesse künftig zu gestalten und ob Praktiken zwischen Organisationseinheiten zu standardisieren sind. Als Grenzstelle versuchte das Management-Team zwischen System und Umwelt zu vermitteln, sammelte und deutete Informationen und *verarbeitete diese zu eigenen Entscheidungen*. Im Protokoll des Management-Teams war bezüglich der postoperativen Angehörigen-Benachrichtigungen schliesslich zu lesen:

> «Der Ablauf auf dem neuen Formular «postoperative Angehörigen-Benachrichtigung» ist so formuliert, dass die Pflege dafür zuständig ist, dass es vom Patienten ausgefüllt wird. Auf den Bettenstationen ist dieser Prozess seit jeher so geregelt. Auf der ZNS ist aber der Assistenzarzt dafür verantwortlich. Dies wurde vor Kurzem an der Teamsitzung ZNS auch wieder so kommuniziert. Nun sorgt dieser Ablauf auf der ZNS momentan für etwas Unruhe. [Eine leitende Ärztin der Bettenstation] wurde kurzfristig an die Sitzung berufen, um den Sachverhalt zu erklären. Die ZNS vertritt auch die Meinung, dass es in Zukunft sicher sinnvoll wäre, wenn im ganzen Haus die Prozesse standardisiert werden. Die [Pflegeleitung der ZNS] gibt zu bedenken, dass der Zeitpunkt momentan auf dem Notfall sehr ungünstig ist, um dem Pflegepersonal noch mehr Aufgaben zu übertragen. Ziel ist es im November [2017], wenn die Personalressourcen wieder vorhanden sind, diesen Prozess auch auf der ZNS einzuführen» (D-46).

Letztendlich wurde der Prozess der postoperativen Angehörigen-Benachrichtigung auf der ZNS an jenen der Bettenstation angepasst und somit zwischen Organisationseinheiten standardisiert. Es kam zu einer *Homogenisierung von Entscheidungs-Praktiken* zwischen der ZNS und ihrer Umwelt. Dabei fällt auf, dass die ZNS selbst über diese Strukturanpassung und vor allem über den *Zeitpunkt der Anpassung* entschied. Somit konnte die Entscheidungsautonomie der ZNS hinsichtlich ihrer zeitlichen Dimension gestärkt werden, da die ZNS nicht genötigt war, auf einen Anstoss von aussen *sofort*, *ad*

hoc und *zeitnah* zu reagieren. Es konnten *eigene Prozesse der Informationsverarbeitung* zeitlich dazwischengeschaltet werden (Luhmann 2005c: 198–199).

Das obige Beispiel zeigt auf, dass aufgrund der Querschnittsfunktion der ZNS unterschiedliche Entscheidungsträger des Spitals *eine Weisungsbefugnis für den Notfall beanspruchten*. Dieser Umstand hatte ein *destabilisierendes Potenzial für das sich einspielende Netz von regelbasierten Entscheidungs-Praktiken* und konfrontierte das System regelmässig mit einem hohen Mass an Unsicherheit. In unterschiedlichen Situationen konnte beobachtet werden, dass das Management-Team als Grenzstelle das System vor *destabilisierenden Eingriffen der Umwelt in die eigenen Entscheidungs-Praktiken schützte*. Ein Beispiel dafür ist die *Digitalisierung von Laborverordnungen*.

Im Sommer 2017 wollte das Zentrallabor des Spitals den Prozessen der Laborverordnungen auf der ZNS digitalisieren. Laut Angaben des Management-Teams der ZNS haben die Entscheidungsträger des Labors «Druck ausgeübt», dass dieser Prozess, so wie vom Labor vorgegeben, in der ZNS implementiert wird (TB-32). In gemeinsamen Sitzungen stellte sich aber heraus, dass der angedachte Digitalisierungsprozess nicht auf die bestehenden Prozesse und Entscheidungs-Praktiken der ZNS passt und nicht problemlos «implementiert» werden kann, weil auf der ZNS Arbeitsplätze und IT-Berechtigungen fehlten. Nach Ansicht des Management-Teams würde die Einführung elektronischer Verordnungen zu einer Verlangsamung von Entscheidungsprozessen auf dem Notfall führen. Die von der Umwelt an das System herangetragenen Erwartungen wurden abgewendet und sozusagen an der Grenze «abgepuffert»: Das Management-Team entschied, dass der Digitalisierung von Laborverordnungen auf dem Notfall erst dann zugestimmt wird, wenn es bei den Verordnungen nicht zu Verzögerungen kommt und die skizzierten Probleme vom Labor, und nicht von Mitarbeitenden der ZNS, gelöst werden (TB-32). Im Protokoll des Management-Teams war zu lesen:

> «Für alle ist klar, dass der Prozess in Bezug auf Schnelligkeit optimiert werden muss. Langfristig ist allen klar, dass auch die ZNS die Laborverordnungen elektronisch ausfüllt. Im Stützpunkt müsste man dafür 2 Arbeitsplätze so einrichten. Sobald alle Prozesse stimmen, wird die elektronische Laborverordnung in der LK ZNS nochmals diskutiert» (D-46).

Die Laborverordnungen wurden zu einem späteren Zeitpunkt auf der ZNS digitalisiert; in diesem hier beschriebenem Moment wurden aber *externe Eingriffe in die internen Abläufe von der Grenzstelle abgewehrt*, das *System vor Unsicherheit geschützt* und bestehende Entscheidungsprozesse stabilisiert. Probleme wurden «externalisiert», denn das

Management-Team signalisierte der Umwelt, dass es sich nicht für die Optimierung der elektronischen Laborverordnungen zuständig fühlt. Gegen aussen wurde kommuniziert, dass die ZNS für potenzielle Strukturanpassungen offen sei, die Entscheidung über die Einführung von elektronischen Laborverordnungen, und somit über die Gestaltung von Entscheidungsprozessen, aber letztendlich dem Management-Team obliege (TB-32).

Es lassen sich zahlreiche weitere vergleichbare Situationen finden, in denen das Management-Team *Umwelterwartungen abgeblockt* und den Notfall *vor Störungen abgeschirmt* hat. So kam z.B. bei den Mitarbeitenden der ZNS die Frage auf, welche Organisationseinheit für die *Koordination von MRI-Sprechstundenterminen* von über den Notfall eintretenden Patientinnen zuständig sei. Nach einer gemeinsamen Diskussion kam das Management-Team zu folgendem Schluss:

> «Die Vergabe von Radiologie-Sprechstundenterminen soll nicht das Problem der ZNS sein. Das Problem muss von der Radiologie und der Orthopädie selber gelöst werden. Es muss in ihrem eigenen Interesse sein, dass die Patienten zu ihnen in ins Röntgen kommen» (D-44).

Auch dieses Zitat ist ein Beispiel dafür, dass an die ZNS herangetragene Erwartungen von den Grenzstellen *externalisiert* wurden, um die interne Komplexität zu reduzieren. Trotz dieser Versuche, die eigenen Entscheidungsprozesse zu schützen, wurde immer wieder festgestellt, dass Organisationseinheiten des Spitals Weisungen erliessen, die sich direkt auf die Entscheidungs-Praktiken der ZNS auswirkten. Um die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit des Systems zu sichern, beschloss das Management-Team im Oktober 2017, dass alle Beschlüsse und Weisungen des Spitals, die den organisationalen Arbeitsalltag der ZNS betreffen, durch das Management-Team der ZNS genehmigt werden müssen (D-77):

> *Chefarzt:* Alles was an Weisungen aus Departementen und Fachbereichen rausgeht und den Notfall betrifft, muss von uns erlaubt werden. Denn damit wir Weisungen durchsetzen können, müssen wir auch dazustehen können. Auf der chirurgischen Klinik braucht es aktuell etwas mehr Nachdruck. Und dieser Nachdruck will ich hiermit verleihen. Wir machen das, damit Veränderungen zu Prozessen passen und es nicht Querschläger gibt, die nicht zu Prozessen passen. Alles muss von uns mitgenehmigt werden. Auf Formularen steht nicht nur Bereichsleiter drauf, sondern immer auch mein oder der Name meines STVs. Also wenn die Anästhesie etwas regelt für den Notfall, dann muss dies von uns genehmigt werden.

Pflegeleitung STV: Ja gut, das ist eigentlich klar.
Chefarzt: Es ist eben nicht allen im Spital klar. Wir haben so viele Veränderungen gemacht, und neue Veränderungen von aussen müssen zu den Prozessen passen, die wir etabliert haben.
Pflegeleitung: Ja, es gibt halt viele Schnittstellenproblematiken.
Chefarzt: Ich finde es sehr wichtig. Es muss eine gewisse Eigenständigkeit von uns akzeptiert werden. Alle Weisungen müssen über uns gehen. Es geht dabei vor allem um Weisungen ausserhalb der Notfallzentrale, zum Beispiel bei einer neuen Regelung von irgendwelchen Diensten. Es muss von uns abgesegnet sein und wichtig ist, dass wir dazu stehen können. Also wenn es heisst, die Oberärzte Chirurgie müssen das und das neu machen, dann muss ich das zuerst absegnen.
Pflegeleitung: Ja, genau.
Chefarzt: Wir halten fest, dass alle Weisungen aus den Departementen und Kliniken, die den Notfall betreffen, von unserem Leitungsteam genehmigt werden müssen. Dann müssen wir es hier kurz traktandieren. Denn es ist erstaunlich: Fast alles, was wir verändern, betrifft den Notfall (TB-55).

Dieser kurze Diskussionsausschnitt zeigt, wie das Management-Team immer wieder versuchte, *die Entscheidungshoheit über die internen Operationen und Entscheidungsprozesse* der ZNS für sich zu beanspruchen. Nur so konnte sichergestellt werden, dass es im Arbeitsalltag nicht zu Friktionen und Widersprüchlichkeiten kommt. Aufgrund der Querschnittsfunktion der ZNS musste regelmässig neu verhandelt werden, welche Akteure und Gremien welche Entscheidungsbefugnis über die ZNS haben.

Interpretation aus einer theoretischen Perspektive

Laut der Systemtheorie sind Organisationen sowohl operativ geschlossen als auch offen gegenüber Informationen ihrer Umwelten. Die selbstreferentielle Geschlossenheit von Organisationen ist die Voraussetzung für ihre kommunikative Offenheit (Luhmann 1984: 25; Ringel, Hiller et al. 2018: 175). Die Existenz und Weiterentwicklung einer Organisation ist auf *Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung* und auf die *kontinuierliche Anpassung ihrer Grenzen* angewiesen. An den obigen Ausführungen wurde demonstriert, dass vor allem das *Management-Team als zentrale Grenzstelle* diese Prozesse der Öffnung und Schliessung gestaltete und immer wieder neu *zwischen der Aufnahme oder dem Abweisen von Umweltrauschen*, zwischen Strukturanpassung oder Wiederherstellung von Redundanz entschieden hat (Luhmann 1992: 175). Dadurch entstand eine *spezifische kommunikative Selektivität*: Für bestimmte Probleme, z.B. für die Vergabe von MRI-

Sprechstundenterminen, war das System immer weniger empfänglich und externalisierte Erwartungen der Umwelt. Für andere Informationen der Umwelt zeigte sich der Notfall hingegen *kommunikativ resonant*, z.B. für die Homogenisierung von Entscheidungs-Praktiken hinsichtlich der postoperativen Angehörigen-Benachrichtigung. Für den *Aufbau einer eigenen Entscheidungs-Praxis* und den Erhalt der *Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit* der ZNS war diese Gestaltungsarbeit des Management-Teams und die *systematische Regulierung des Umweltkontakts* von zentraler Bedeutung. Auf der einen Seite wurde das System über die Grenzstelle mit wichtigen Informationen hinsichtlich der Anpassung von Strukturen versorgt. Das Management-Team der ZNS war die kommunikative Adresse für *Anliegen von innen und aussen* und vermittelte zwischen Organisationseinheiten. Informationen mussten gemeinsam bewertet, interpretiert und selegiert werden, um die eigene Entscheidungs-Praxis weiterentwickeln zu können und sie mit Kooperationspartnern abzustimmen. Auf der anderen Seite wurde aber auch versucht, Eingriffe in die eigenen Entscheidungsprozesse zu verhindern und externe Erwartungen zum Schutze des Systems abzuwehren. So konnten dysfunktionale Störungen in das noch fragile Netz von Entscheidungs-Praktiken reduziert werden. Für die Gestaltung dieser *selektiven Grenzöffnungen und Schliessungen* brauchte die Grenzstelle ein *hohes Mass an Beobachtungsgabe und Reflexionsfähigkeit*. Kontinuierlich mussten Feedbacks, Signale und Informationen von Mitarbeitenden und externen Organisationseinheiten beobachtet und bewertet werden. Dabei wurde laufend entschieden, ob die Organisation für bestimmte Themenstellungen geöffnet oder geschlossen werden soll, und ob Entscheidungs-Praktiken anzupassen oder unverändert fortzuführen sind. Eine wichtige Voraussetzung für diese Beobachtung des Systems und ihrer Umwelt waren gemeinsame *Reflexionsräume*, die wiederum selektiv für bestimmte Teilnehmerinnen und Entscheidungsträger des Spitals geöffnet oder geschlossen wurden.

Im Verlauf dieser zweiten Entwicklungsphase bildeten sich *kommunikative Muster* aus, wie Informationen auf eine systemeigene Weise verarbeitet wurden. Es wurde ein Agenda Setting eingeführt, und Mitarbeitende konnten über Antragsformulare ihre Anliegen im Management-Team platzieren. In den Sitzungen des Management-Teams fanden losgelöst vom Arbeitsalltag wichtige *kollektive Sensemaking- und Interpretationsprozesse* statt, wobei laufend über die selektive Öffnung oder Schliessung der Organisation und über die Anpassung oder Beibehaltung von Strukturen entschieden wurde. Diese Sensemaking- und Interpretationsprozesse wurden über die *vielfältigen Beziehungen des Management-Teams* zu Ansprechpartnern der Umwelt «gefüttert» und mit Informationen versorgt. Aufgrund der *Interdisziplinarität des Management-Teams* und seiner Vernetzung in unterschiedliche

Gremien und Departemente konnten Erwartungen und Veränderungen in der Umwelt frühzeitig wahrgenommen werden. Ob diese für das System relevant waren, wurde im Management-System thematisiert. Diese *Filter- und Selektionsfunktion* der Grenzstelle entlastete das System, insbesondere das Alltagsgeschehen der ZNS, vor einem *Informations- und Entscheidungsüberfluss* und vor der *Komplexität widersprüchlicher Umwelterwartungen*. Gleichzeitig wurde aber das Management-Team selbst mit einer Vielzahl von Entscheidungsnotwendigkeiten konfrontiert, dessen Bearbeitung anspruchsvoll war. Herausfordernd war diese Arbeit in den Grenzstellen auch deshalb, weil die Mitglieder des Management-Teams *immer Mitglieder in unterschiedlichen Teilsystemen* waren und *multiplen Rollen* gerecht werden mussten. Dieser Umstand führte dazu, dass in Entscheidungssituationen nachgefragt wurde, welchen «Hut» ein Vertreter des Management-Teams gerade trägt und ob er als Fürsprecher der ZNS oder als Fürsprecher einer anderen Organisationseinheit agiere (I-I-1).

Obwohl sich die hier beschriebenen Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung parallel und themenspezifisch unterschiedlich vollzogen, so dominierten in dieser zweiten Entwicklungsphase vor allem kommunikative Praktiken, die zum *Schutz des Systems vor destabilisierenden Eingriffen der Umwelt* beigetragen haben. Aufgrund der Vernetzung der ZNS und ihrer Einbettung in das Zentrumsspital war das System mit einem *Überschuss an Entwicklungsopportunitäten* konfrontiert. Nicht die selektive Öffnung, sondern die selektive Schliessung der Organisation und das «Durchhalten» von Entscheidungs-Praktiken war die entscheidende Herausforderung. Auch musste sich das Management-Team immer wieder die Legitimität erarbeiten, über die Gestaltung eigener Entscheidungs-Praktiken entscheiden zu können. Dieses *Aushandeln von Entscheidungsbefugnissen* erfolgte in Sitzungen mit Entscheidungsträgern des Zentrumsspitals sowie in bilateralen Gesprächen. *Grenzarbeit* auf der ZNS bedeutete somit immer wieder neu auszuhandeln, welche Entscheidungen und Weisungen für welchen Bereich Gültigkeit haben und welche Instanz überhaupt befugt ist, Entscheidungen zu treffen. Die *Entscheidungslegitimität der Grenzstelle* konnte erst über einen längeren Aushandlungsprozess hergestellt werden und musste in konkreten Entscheidungssituationen erneut bestätigt werden. Mit der Zeit erarbeitete sich das Management-Team so das «Recht», *im Auftrag des Systems entscheiden zu dürfen* und das *System zu repräsentieren*. In diesen Aushandlungsprozessen versuchte das Management-Team die eigene Entscheidungsfähigkeit des Systems zu sichern, ohne dabei die Entscheidungsautonomie anderer Teilsysteme zu untergraben.

All diese Praktiken, die Herstellung der Entscheidungslegitimität der Grenzstellen und die Reduktion von Störungen der Umwelt an den Grenzen des Systems, haben zum *Aufbau*

einer Entscheidungs-Praxis beigetragen. Indem die Grenzstelle ein «Zwischensystem» aufbaute, Informationen gefiltert und Erwartungen abgewehrt wurden, konnten die Entscheidungsprozesse im organisationalen Arbeitsalltag *stabilisiert* werden. Das Management-Team hatte sozusagen ein *«Monopol» für den geregelten Austausch mit der Umwelt* aufgebaut. An externe und interne Akteure wurde im Verlauf dieser Entwicklungsphase signalisiert, dass Entscheidungen hinsichtlich des operativen Betriebs der ZNS vom Management-Team gutgeheissen werden müssen. Dies schütze das System und machte gleichzeitig *die Kommunikation mit der Umwelt effizienter,* da die Umwelt der ZNS *konkrete kommunikative Ansprechpersonen* hatte. Auch wenn es zur Veränderung von Entscheidungsprozessen kam, wie im Beispiel der postoperativen Angehörigen-Benachrichtigung, so erfolgte diese Strukturanpassung nach *eigenen Entscheidungs- und Selektionskriterien* der ZNS. Auf eine Irritation von aussen wurde nicht ad hoc reagiert, sondern zwischen einem Input und der Reaktion darauf wurden *eigene Informations- und Sensemakingprozesse* dazwischengeschaltet. Die Arbeit der Grenzstelle trug dazu bei, dass Entscheidungen über die Anpassung von Strukturen der ZNS selbst zugeschrieben werden konnten und die Grenze zwischen der ZNS und ihrer Umwelt stärker beobachtbar wurde.

Ein weiterer Versuch, die Autonomie des Systems zu schützen, war der Entscheid des Management-Teams im Oktober 2017, dass alle Beschlüsse des Spitals, die den organisationalen Arbeitsalltag der ZNS betreffen, durch die ZNS genehmigt werden müssen (D-77). Dieser Entscheid konnte zwar grundsätzlich von anderen Teilsystemen ignoriert oder missachtet werden, nichtsdestotrotz trugen solche kommunikativen Signale an die Umwelt langfristig zum *Aufbau der Aussengrenze* des Systems bei. In kommunikativen Aushandlungsprozessen mit der Umwelt wurde abermals bestätigt, dass nicht die Umwelt, sondern die ZNS über die eigenen Entscheidungsprozesse entscheidet. Die Grenze zwischen System und Umwelt wurde durch das Management-Team *kommunikativ markiert*, indem ausgehandelt wurde, welche Instanzen über welchen Bereich entscheidungsbefugt sind, und welche Weisungen in welchem System Gültigkeit haben. Dadurch konnten *Erwartungsräume* fortlaufend stabilisiert werden.

Der Aufbau dieser Grenze gegen aussen begünstigte die Entstehung einer Entscheidungs-Praxis gegen innen, denn die ZNS zeigte sich nicht mehr für alle Irritationen der Umwelt kommunikativ resonant und konnte ihre eigenen Strukturen schützen und stabilisieren. Auf Basis der sich einspielenden Entscheidungs-Praxis konnte die Grenzstelle entscheiden, welche Informationen der Umwelt für die Weiterentwicklung der Entscheidungs-Praxis relevant sind, und welche Informationen zu ignorieren sind.

Zusammenfassende Reflexion

Eine Organisation wie die ZNS, die kontinuierlich mit Irritationen und widersprüchlichen Anliegen aus ihren Umwelten konfrontiert wird, braucht eine Stelle, die den Umweltkontakt reguliert, damit das System nicht im Chaos wechselnder Umwelteinflüsse zerfliesst (Willke 1992: 22). Für den *Aufbau einer eigenen Entscheidungs-Praxis und den Erhalt der Handlungsfähigkeit* braucht es daher *Grenzstellen*. Diese Aufgabe kam vor allem dem interdisziplinären Management-Team zu, das die Prozesse der *selektiven Öffnung und Schliessung der ZNS* verantwortete. Das Management-Team baute über regelmässige Sitzungen und Reflexionsräume ein «Zwischensystem» auf, indem in *gemeinsamen Interpretations- und Sensemakingprozessen* über die Öffnung oder Schliessung der Organisation hinsichtlich spezifischer Themen- und Problemstellungen entschieden wurde. Diese Gestaltungsarbeit und die kontinuierliche Neujustierung von Grenzen war auf die *Beobachtungs- und Reflexionsfähigkeit* des Management-Teams angewiesen, das laufend zwischen relevanten oder irrelevanten Informationen selegierte. Die Arbeit der Grenzstelle führte zum einen zur *Strukturanpassung*, indem Erwartungen der Umwelt aufgenommen, zu systemeigenen Entscheidungen verarbeitet und Entscheidungs-Praktiken verändert wurden. Zum anderen *schützte die Grenzstelle die bestehenden Entscheidungs-Praktiken* durch das Abwehren von Umwelteinflüssen und sicherte so die Entscheidungsfähigkeit der Organisation. In dieser zweiten Entwicklungsphase entstand nach und nach eine *spezifische kommunikative Selektivität*: Die ZNS zeigte sich nicht mehr für alle Erwartungen gleichermassen kommunikativ resonant, und an die ZNS herangetragene Problemstellungen wurden externalisiert. Obwohl die ZNS Strukturveränderungen zuliess und sich sensibel für bestimmte Umwelterwartungen zeigte, so arbeitete die Grenzstelle vor allem darauf hin, die Organisation *vor Umwelteinflüssen zu schliessen* und *die eigene Operationsweise zu schützen*. In Aushandlungsprozessen und Sitzungen wurde die Entscheidungsbefugnis über die Gestaltung der eigenen Entscheidungsprozesse immer wieder «verteidigt». Über die Arbeit der Grenzstelle konnte schliesslich die *Grenze zwischen ZNS und Umwelt* deutlicher beobachtet werden, da Informationen der Umwelt nach *eigenen Selektionskriterien bewertet* und die Entscheidungshoheit über interne Entscheidungsprozesse beansprucht wurde. Dadurch konnte *ein Innen und Aussen* deutlicher unterschieden werden, denn Weisungen, die in der Umwelt der ZNS ihre Gültigkeit hatten, mussten nicht unbedingt auch in der ZNS selbst als gültig anerkannt werden. Diese Gestaltungsarbeit der Grenzstelle und die selektive Öffnung und Schliessung der Organisation war eine wichtige Voraussetzung, damit Erwartungsräume aufgebaut und die sich einspielende Entscheidungs-Praxis der ZNS stabilisiert werden konnte. Der Aufbau

von Systemgrenzen und der Entscheidungs-Praxis *bedingten sich wechselseitig*. Stabile Formen von Entscheidungs-Praktiken waren auf stabile Erwartungsräume und Grenzen angewiesen. Gleichzeitig konnten Grenzen gegen aussen aufgebaut werden, indem kommunikativ markiert wurde, welche Entscheidungs-Praktiken auf der ZNS ihre Gültigkeit haben und welche nicht.

8.2.5 Zentrale Erkenntnisse der Entwicklungsphase 2

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Erkenntnisse der Entwicklungsphase 2 zusammengefasst. Es wird dargestellt, wie sich die ZNS über Grenzziehungsprozesse entwickelte und eine eigene Entscheidungs-Praxis aufbauen konnte. Dabei wird auf die im Kapitel 5.10 hergeleiteten *Bezugspunkte bzw. Gegenstände von Grenzziehungsprozessen* eingegangen.

Im Vergleich zur ersten Entwicklungsphase konnte sich der Notfall in dieser zweiten Phase *stärker operativ schliessen*, seine *Systemgrenze stabilisieren und eine eigene Entscheidungs-Praxis* etablieren. Der Aufbau der Systemgrenze erfolgte unter anderem über die *Definition des Dienstleistungsangebots* und über den *Aufbau regelbasierter Kooperationsvereinbarungen* an den Schnittstellen des Notfalls. Diese Aussengrenze war aber in ständiger Bewegung und konnte nicht «einmalig» festgelegt oder gezogen werden: In *kommunikativen Aushandlungsprozessen* mit Entscheidungsträgern des Spitals wurde der Verantwortungsbereich des Notfalls immer wieder neu definiert und temporär erweitert. Langfristig konnte aber die *Rolle des Notfalls innerhalb des Zentrumsspitals* geschärft und der *Aufgabenbereich der ZNS verkleinert* werden. Für bestimmte Entscheidungsprozesse wurde der Notfall zunehmend *indifferent*. Für Mitarbeitende wurde erkennbar, welche Behandlungs- und Entscheidungsprozesse vom Notfall zu leisten sind und welche *nicht*. Diese nun stärker beobachtbare Grenze zwischen Notfall und Umwelt führte dazu, dass die *Komplexität des Zentrumsspitals* nicht mehr willkürlich in den Notfall «verschoben» werden konnte. Das Management-Team agierte als *Grenzstelle* und regulierte den Umweltkontakt systematisch. Es wurde nach *eigenen Selektionskriterien* entschieden, auf welche Informationen der Umwelt das System reagiert und auf welche nicht. Zwar musste das Management-Team selbst immer wieder seine *Entscheidungslegitimität erarbeiten und herstellen*. Mit der Zeit wurde das Management-Team aber sowohl innerhalb als auch ausserhalb der ZNS als *Repräsentant des Systems* anerkannt, der im Auftrag des Notfalls handeln und entscheiden darf. Der Aufbau von Systemgrenzen erfolgte somit in einem *kommunikativen* und *zeitlich andauernden Prozess*. Dieser Prozess war fragil: Eingriffe der Umwelt mussten immer wieder an der Grenze «weggepuffert» und die Systemgrenze gegen aussen erneut kommunikativ markiert werden. Die Stabilisierung der Systemgrenze führte

zu einem *höheren Mass an Berechenbarkeit und Erwartungssicherheit* – sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Notfalls. Sukzessive konnten sich Mitarbeitende unterschiedlicher Teilsysteme und Berufsgruppen wechselseitig unterstellen, *wer wann wie worüber* entscheidet. Die Stabilisierung der Aussengrenze begünstige den *Aufbau eines Netzes von regelbasierten Entscheidungs-Praktiken* im Innern des Notfalls: Am Beispiel der Patientenaufnahme konnte gezeigt werden, wie personenunabhängige und regelbasierte Entscheidungsprozesse aufgebaut werden konnten. Diese Entscheidungs-Praktiken *stabilisierten sich in ihrem Gesamtzusammenhang* und über die *sinnvolle Verknüpfung* mit anderen Praktiken. Gleichzeitig war der Aufbau von Entscheidungs-Praktiken aber auch auf Erwartungsräume und Grenzen angewiesen. Indem parallel eine Aussengrenze und somit Erwartungssicherheiten aufgebaut werden konnten, wurde koordiniertes Entscheiden und Handeln im Innern möglich.

Hinsichtlich der im Kapitel 5.10 hergeleiteten *Bezugspunkte von Grenzziehungsprozessen (Umgang mit Informationen, Entscheidungsprämissen und Entscheidungs-Praxis, interne Ausdifferenzierung und Mitgliedschaftsrollen)* können für diese zweite Entwicklungsphase die folgenden Erkenntnisse festgehalten werden: Bezüglich des *Umgangs mit Information* kann gesagt werden, dass sich nach und nach kommunikative Muster entwickelten, wie die ZNS *Informationen selegierte* und diese zu systemeigenen Entscheidungen verarbeitet. Das System war *sensibel für bestimmte Informationen und Umweltirritationen*, wenn dies der Weiterentwicklung der eigenen Entscheidungs-Praxis dienlich war, wie dies bei der Homogenisierung des Prozesses der postoperativen Angehörigen-Benachrichtigungen beobachtet werden konnte. Über die *vielfältigen Beziehungen des Management-Teams zu Entscheidungsträgern des Spitals* versorgte sich das System laufend mit Informationen, um die eigene Entscheidungs-Praxis zu gestalten. In dieser Entwicklungsphase dominierte aber vor allem der *Schutz des Systems vor destabilisierenden Umwelteingriffen*. Indem in «Zwischensystemen» Komplexität vom System «abgepuffert» wurde, konnten die sich einspielende Entscheidungs-Praxis geschützt werden. So bildete sich eine *systemspezifische Selektivität* aus, denn das System wurde für bestimmte Themen- und Problemstellungen immer *weniger kommunikativ resonant*. Wie Informationen der Umwelt zu bewerten sind, wurde in *Interpretations- und Sensemakingprozessen* fortlaufend entschieden. Diese kommunikative *Selektivität* begünstigte den Aufbau von *Strukturen* auf der ZNS. Indem Entscheidungsprozesse in kollektiv akzeptierte Praktiken überführt wurden, kam es zur *strukturellen Ausdifferenzierung* und zur *Spezifikation von Entscheidungsprämissen*. Am Beispiel der Patientenaufnahme wurde gezeigt, dass *Entscheidungen «programmiert» bzw. verfertigt*, *Kommunikationswege* formalisiert sowie Aufgaben, Kompetenzen und

Verantwortlichkeiten von *Stellen und Personen* geklärt wurden. Indem gezielt über «entscheidbare Entscheidungsprämissen» (Luhmann 2000: 225) entschieden wurde, konnte sich das System individualisieren und von seiner Umwelt abgrenzen. Durch diese *strukturelle Ausdifferenzierung* und die Formalisierung von Kommunikationswegen und Aufgabenbereiche, entstanden *zusätzliche Grenzen* im Innern des Systems. Es entstanden *spezialisierte Teilsysteme mit eigenen Arbeitsweisen, Aufgabenbereichen und Mitgliedschaftsrollen.* In diesen Teilsystemen entstanden wiederum wechselseitig unterstellbare «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) sowie spezifische Erwartungsräume. Diese zusätzlichen Teilsysteme mussten durch das Management-Team koordiniert werden. Gleichzeitig stabilisierten auch diese Teilsysteme die Entscheidungs-Praxis, da Mitgliedschaftsrollen und wechselseitige Erwartungen spezifiziert werden konnten, wie an der Patientenaufnahme gezeigt wurde.

Abschliessend für dieses Kapitel kann die theoretische Erkenntnis festgehalten werden, dass sowohl Systemgrenzen als auch die Entscheidungs-Praxis *keine stabilen und objektiv gegebene Entitäten* sind, sondern sich *dynamisch entwickeln*. Es konnte beobachtet werden, dass sich die Systemgrenzen und die sich einspielenden Entscheidungs-Praktiken über *Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung* kontinuierlich veränderten: Indem Feedbacks und Informationen bei der Gestaltung von Entscheidungen-Praktiken berücksichtigt wurden, veränderten sich Entscheidungs-Praktiken fortlaufend. Durch diese Adaption von Entscheidungs-Praktiken kam es zur temporären Erhöhung von kollektiver Ungewissheit und Erwartungsräume wurden wieder zur Disposition gestellt. Einmal *destabilisierte Möglichkeits- und Erwartungsräume* mussten in der Folge *erneut kollektiver* werden. Analog dazu ist aber auch die *Stabilisierung von Grenzen auf stabile Entscheidungsprozesse und -praktiken* angewiesen. Wenn Entscheidungen auf eine systemspezifische Weise bearbeitet werden und regelbasierte Entscheidungsprozesse einem System *kommunikativ zugeschrieben* werden können, wird dadurch laufend die Grenze zwischen Umwelt und System verfertigt. Verändert sich die Entscheidungs-Praxis sowie die Bedingungen, unter denen eine Organisation Entscheidungen prozessiert, so verändert dies immer auch Grenzen, Möglichkeits- und Erwartungsräume. *Grenzen und Entscheidungs-Praktiken bedingen sich wechselseitig* und ihre Entstehung ist rekursiv voneinander abhängig: Stabile Grenzen, verstanden als «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60), ermöglichen und stabilisieren die Entscheidungs-Praxis und vice versa. Der Umgang mit der *Rekursivität von Grenzen und Entscheidungs-Praxis* ist vor allem für Management-Verantwortliche anspruchsvoll: Die Entscheidungs-Praxis sowie die Grenzen der Organisation sind parallel zu entwickeln. Damit der Aufbau von

Grenzen und der Entscheidungs-Praxis gelingen kann, bedarf es einer *Beobachtung des Systems und seiner Beziehungen zur Umwelt* sowie eine *hohe Reflexionsfähigkeit.* Laufend muss entschieden werden, ob die Organisation auf bestimmte Problemstellungen geöffnet oder geschlossen werden soll und die Entscheidungs-Praxis zu adaptieren oder zu stabilisieren ist.

8.3 Prozesse der Öffnung und Schliessung in Entwicklungsphase 3

In der dritten Entwicklungsphase wurde das Netz von Entscheidungs-Praktiken weiter kollektiviert und die «regelbasierte Organisation» stabilisiert. Die sich im Aufbau befindenden Entscheidungs-Praktiken mussten in den Arbeitsalltag integriert und laufend weiterentwickelt werden, d.h. sie mussten *dynamisch stabilisiert* werden. Diese dynamische Stabilisierung wird im folgenden Kapitel 8.3.1 dargestellt und an den Beispielen der Triage und des Koordinationsupdates erläutert. Die Entscheidungs-Praxis musste auch aufgrund der zunehmenden Komplexität der Umwelt und ihrer Ausdifferenzierung weiterentwickelt werden. Diese Beobachtung wird im Kapitel 8.3.2 dargelegt. Am Beispiel der hausärztlichen Notfallpraxis wird gezeigt, wie sich Grenzziehungsprozesse in der Umwelt auf die Entscheidungs-Praxis der ZNS ausgewirkten. Im Kapitel 8.3.3 werden die Erkenntnisse der dritten Entwicklungsphase zusammengefasst und die empirische Analyse dieser Arbeit abgeschlossen.

8.3.1 Dynamische Stabilisierung der Entscheidungs-Praxis

Es war das Ziel des Management-Teams, die im Betriebskonzept verabschiedeten Abläufe und Entscheidungs-Praktiken zu «stabilisieren» und zu «kollektivieren» (TB-74). Anfang 2018 gab das Management-Team in einer Sitzung zu Protokoll:

> «Das Ziel des Jahres 2018 ist die Konsolidierung.[…] Wir müssen jetzt in einen geordneten Betrieb übergehen. Unser Ansatz ist, dass wir im laufenden Betrieb lernen und unsere Arbeiten weiterentwickeln. Wir wollen nicht einfach fertige Konzepte schreiben, die dann niemand liest, sondern einfach mal etwas verabschieden und es dann ausprobieren» (TB-60).

Nicht nur im Jahr 2018, sondern während der gesamten dritten Entwicklungsphase dominierte auf dem Notfall das Narrativ, man müsse den Arbeitsalltag stabilisieren (TB-74). Die *Kollektivierung der sich einspielenden Entscheidungs-Praxis* scheint in dieser dritten Phase die zentrale Management-Herausforderung zu sein. «Stabilisierung» und «Kollektivierung» bedeutete dabei nicht etwa Stillstand, sondern vielmehr, dass

Entscheidungsprozesse personenunabhängig zustande kommen sollen und die erarbeiteten Konzepte in der Organisation breit verankert werden können:

> «Stabilisierung heisst nicht, dass man aufhört, sich zu verändern. Wenn 50% eine Veränderung angenommen haben, muss man aber schauen, dass die restlichen 50% auch mitmachen» (I-C-9).

Sowohl *interne Entscheidungs-Praktiken* wie z.B. die Triage als auch *Entscheidungsprozesse an den Schnittstellen des Notfalls,* wie z.B. Patientenverlegungen, mussten kollektiviert werden. Die Kollektivierung der Entscheidungs-Praxis war auch deshalb erschwert, weil einmal erarbeitete Verständnisse, wie Entscheidungsprozesse *in der Regel* zustande kommen, *schnell an Aktualität verloren*. Nicht selten hatten Assistenzärzte eines neuen Dienstzyklus den Eindruck, dass erst kürzlich erlernte Praktiken bereits wieder revidiert wurden (S-22, S-23). Das Management-Team stellte fest, dass das im Oktober 2017 verabschiedete Betriebskonzept gegen Ende der dritten Entwicklungsphase nicht mehr die organisationale Realität und die kollektiv akzeptierte Entscheidungs-Praxis abbildete (D-138). Zudem gab es oftmals *heterogene Verständnisse und Interpretationen* hinsichtlich der «korrekten» Durchführung bestimmter Entscheidungs-Praktiken. So koexistierten verschiedene «Versionen» von Praktiken in der organisationalen Realität. Die Kollektivierung von Entscheidungs-Praktiken bedeutete somit immer *eine dynamische Stabilisierung*, denn die Entscheidungs-Praxis war in ständiger Bewegung und wurde durch ihre Mobilisierung im organisationalen Alltagsgeschehen und durch die rotierenden «Träger» von Praktiken (Nicolini & Monteiro 2017: 114) adaptiert. Für das Zustandekommen von Entscheidungs-Praktiken brauchte es aber ein bestimmtes *Mass an Erwartungssicherheiten* und an einem *gemeinsamen Verständnis*, wie im Normalfall gehandelt und entschieden wird. Dies war für die *Aufrechterhaltung der Entscheidungsfähigkeit* der Organisation von zentraler Bedeutung. Somit mussten leicht veränderte Versionen von Praktiken erneut unter Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen kollektiviert werden. Diese *dynamische Stabilisierung von Entscheidungsprozessen* konnte bei der *Triage* und dem *Koordinationsupdate* beobachtet werden. Die dynamische Stabilisierung dieser zwei Entscheidungs-Praktiken wird in der Folge beschrieben und analysiert.

8.3.1.1 Die Weiterentwicklung und Kollektivierung des Triageprozesses

Die Triagierung von Patientinnen ist für einen effizienten Notfallbetrieb essentiell. Im Rahmen einer Erstbeurteilung werden Patienten entsprechend ihrer Beschwerden nach Dringlichkeit und Ressourcenbedarf eingestuft (D-78). Auf der ZNS erfolgt die Triage durch eine dafür ausgebildete Pflegefachperson. Diese sogenannte *Triage-Nurse* erfasst Vitalparameter, erstellt eine pflegerische Anamnese und teilt den Patienten mittels eines fünfstufigen Index ein Triage-Level zu (D-78). Die erhobenen Patientendaten werden auf einem «Eintrittsblatt» dokumentiert und an die *Koordination-Nurse* auf dem Stützpunkt der Notfallzentrale weitergeleitet, die dem Patienten personelle Ressourcen zuteilt und die weitere Koordination des Behandlungsprozesses übernimmt. Die Triage ist in *ein Netz von vor- und nachgelagerten Entscheidungs-Praktiken* eingebettet: Vor der Triage erfolgt die administrative Patientenaufnahme durch die MPAs. Im Anschluss an die Triage erfolgt je nach Triage-Level eine Behandlung in der Fast-Track-Koje, eine ambulante Betreuung auf der ZNS oder eine stationäre Behandlung in den Kliniken des Zentrumsspitals (D-68).

Der Triageprozess der ZNS wurde durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe definiert und Ende der zweiten Entwicklungsphase durch das Management-Team verabschiedet. Die Entscheidungs-Praktik wurde verfertigt und entwickelt, indem personelle Verantwortlichkeiten, zu erfragende Patienteninformationen und die Form der Dokumentation und Weitergabe von Informationen festgelegt wurden. Bereits wenige Monate nach der Einführung des neuen Triageprozesses musste diese Entscheidungs-Praktik *neuen Gegebenheiten angepasst werden*. Dabei waren es unter anderem *Veränderungen in anderen Entscheidungs-Praktiken*, die eine Adaption der Triage nötig gemacht haben: Die *Einführung eines digitalen Anamnese-Tools* in den internistischen Kliniken führte dazu, dass die bis dato auf Papier erfasste Triage digitalisiert werden musste, da sonst Medienbrüche zwischen der pflegerischen Erstbeurteilung und der ärztlichen Anamnese entstanden wären. Ab Januar 2018 sollten daher die Triage und die zeitlich nachgelagerte ärztliche Anamnese mittels Tablets über ein neu entwickeltes Tool erfolgen (D-81). Das ärztliche Personal wurde vom Management-Team angehalten, die durch die Triage-Nurse erhobenen Informationen digital zu ergänzen und die Anamnese so zu komplementieren. Die *Anpassung dieser zwei voneinander abhängigen Entscheidungs-Praktiken* war komplex: Aufgrund von technischen Problemen, z.B. bei der Datenübertragung des neuen Tools in das eigene KIS, war die Akzeptanz des neuen Triage- und Anamnese-Tool anfänglich gering. In einer Übergangsphase konnte die Triage sowohl digital als auch analog über das «Eintrittsblatt» erfolgen. Solange Pflegemitarbeitende auf eine Dokumentation auf Papier ausweichen konnte, wurde von vielen der «alte»

Triageprozess bevorzugt (TB-73). Das Management-Team beobachtete, ob sich die veränderte Entscheidungs-Praktik einspielte und sensibilisierte Mitarbeitende darauf, die Triage mit dem digitalen Tool durchzuführen (TB-78). Über *Informationsveranstaltungen* und *Schulungen* wurde sichergestellt, dass die betroffenen Berufsgruppen über Veränderungen informiert wurden und sich *eine Adaption in der Entscheidungs-Praktik einstellen* konnte (D-81). Die digitale Erfassung der Triage konnte laut Mitarbeitenden Ende des Jahres 2019 etabliert werden, auch deshalb, weil die Option der auf Papier durchgeführten Triage abgeschafft wurde (TB-90). Zum veränderten Triageprozess meinte eine Pflegefachfrau:

> «Die Triage ist jetzt nochmals anders oder neu, man hat jetzt diese iPads. Dort funktioniert es elektronisch, wenn ein Patient aufgenommen und triagiert wird können es die Ärzte schon im System anschauen bevor sie den Patienten sehen. […] und der Arzt muss nicht mehr alles nachfragen, was viel Zeit einspart» (I-MPA-6).

Die digitale Triage wurde aufgrund von Erkenntnissen aus Learning Journeys und Feedbacks von Mitarbeitenden laufend angepasst (TB-79). Vom Management-Team wurde z.B. geprüft, welche Patientendaten bei der Patientenaufnahme und welche bei der Triage erhoben werden, damit in diesen zwei voneinander abhängigen Entscheidungs-Praktiken keine Doppelspurigkeit entsteht (D-113).

Nicht nur Veränderungen in andere Entscheidungs-Praktiken haben zur *kontinuierlichen Adaption der Triage* geführt. Akteure haben bei der Ausübung einer Entscheidungs-Praktik einen *Interpretations- und Ermessensspielraum* und auch der spezifische Kontext, in dem eine Praktik mobilisiert wird, ist niemals identisch. Daher liegt ein *gewisses Veränderungspotenzial in der Entscheidungs-Praktik* selbst. So war die Durchführung des Triageprozesses jeweils vom Alltagsgeschehen abhängig. Die Triage-Nurse war nicht immer verfügbar, da sie die Koordinations-Nurse ablösen oder bei hohem Patientenaufkommen anderen Pflegefachmitarbeitenden in der Behandlung von Notfallpatientinnen helfen musste (S-14). Obwohl im Leitfaden Verantwortlichkeiten in der Triage klar definiert wurden, waren die *Verantwortlichkeiten im Arbeitsalltag fluide*. Je nach Situation musste sich das Pflegepersonal spontan untereinander absprechen, welche Person aktuell für die Triage verantwortlich ist und in welchen Behandlungsräumen die Triage erfolgt (S-13). Auch gab es Situationen, in denen nicht alle Patienten triagiert wurden. Teilweise wurde Patienten direkt ein Behandlungsplatz zugewiesen, oder sie

wurden ohne Triagierung in der Fast-Track Behandlungsspur betreut, wie das untenstehende Zitat zeigt:

> «Grundsätzlich werden alle, auch die Fast-Track-Patienten triagiert. Aber es kann sein, dass es für die Triage-Nurse sehr viel [Arbeit] ist. Ein Patienten, welcher schnell behandelt werden kann, kann man dann auch schon einmal reinnehmen. Oder sonst halt ausserhalb der Triage-Zeiten werden auch alle Patienten reingenommen, ohne dass sie in der Triage-Koje triagiert werden. In solchen Fällen führt die für den Patienten zuständige Pflegeperson die Triage durch» (I-MPA-6).

Das Management-Team beobachtete laufend, wie sich die Entscheidungs-Praktik einspielte und wie Adaptionen an der Praktik interpretiert wurden. Wurde die Entscheidungs-Praktik zu flexibel angewendet oder wich die Ausübung der Praktik im Alltag zu stark vom vorgesehenen Prozess ab, wurde «korrigierend» eingegriffen. So wies das Management-Team an Sitzungen und in bilateralen Gesprächen darauf hin, dass alle Patienten triagiert werden müssen (TB-80). Auch wurde regelmässig analysiert, ob Patienten dem definierten Algorithmus entsprechend «richtig» triagiert wurden (TB-76).

Diese Ausführungen zeigen, dass *Entscheidungs-Praktiken in Bewegung sind* und ständigen Adaptionen und Interpretationen unterliegen. Zum einen können *Veränderungen in anderen Entscheidungs-Praktiken* zu einer Adaption einer damit verknüpften Entscheidungs-Praktik führen. Eine Entscheidungs-Praktik kann durch die *Einbettung in ein Netz von anderen Entscheidungs-Praktiken* sowohl stabilisiert als auch destabilisiert werden. Zum anderen liegt auch in der Praktik selbst und in ihrer Mobilisierung über die Zeit in einem sich verändernden organisationalen Kontext ein Veränderungspotenzial. Das Management-Team beobachtetet diese *dynamische Entwicklung* des Triageprozesses und stellte sicher, dass die veränderte Praktik kollektiviert wird. Einmal aufgebaute *Erwartungsräume* wurden über die Zeit *destabilisiert*, mussten erneut *stabilisiert* und unter Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen *kollektiviert* werden. Trotz der vielfältigen Adaptionen des Triageprozesses entstand laut den Pflegemitarbeitenden mit der Zeit ein *kollektives Verständnis und eine gemeinsame Interpretation*, wie die Triage erfolgen soll (I-PF-19). Ähnlich wie bei der Triage wurde auch die Entscheidungs-Praktik des Koordinationsupdates kontinuierlich adaptiert; hier stellte sich jedoch eine Kollektivierung viel zögerlicher ein.

8.3.1.2 Die Umdeutung des Koordinationsupdates zu einer «Deeskalations-Routine»

Am Beispiel des Koordinationsupdates wurde gezeigt, dass es auf der ZNS nicht immer gelang, kollektiv akzeptierte Entscheidungs-Praktiken zu etablieren. Die Sinnhaftigkeit und der Nutzen des Koordinationsupdates wurde von Mitarbeitenden stark infrage gestellt (RW-5). Ende der zweiten Entwicklungsphase kam das Koordinationsupdate, anders als ursprünglich geplant, vermehrt zwischen der Pflege und den Assistenzärzten zustande oder wurde telefonisch durchgeführt (I-IM-13). Der interdisziplinäre Kommunikationsaustausch wurde schliesslich immer seltener genutzt und es konnte sich *keine Kollektivierung* einstellen. Interessanterweise kam es in der dritten Entwicklungsphase zu einer *Reinterpretation dieser Entscheidungs-Praktik.* Weil die Regelmässigkeit des Koordinationsupdates über die Zeit immer mehr abgenommen hat, veränderte sich das *kollektive Verständnis dieser Entscheidungs-Praktik* (S-13). Mitarbeitende nutzten das Koordinationsupdate nicht als *tagesaktuellen* Informationsaustausch zwischen der Koordinations-Nurse und dem diensthabenden Oberarzt, sondern vielmehr als eine «Deeskalations-Routine»: Der Austausch kam vor allem bei *hohem Patientenaufkommen und Ressourcenengpässen* zustande (I-PF-20). Eine Koordinations-Nurse sagte dazu:

> «Manchmal kommt der Oberarzt, aber es ist sehr situativ. Es ist eine stark personenabhängige Praxis, man weiss nie, ob es erfolgt und wann. Dadurch weiss man nie, ob ein Patient stationär bleibt und verschiedene Infos fehlen. Mein Wunsch wäre, dass das Update mit dem Oberarzt gut und regelmässig klappen würde. Wenn viel läuft, dann braucht es das Koordinationsupdate aber unbedingt und dann findet es auch vermehrt statt» (S-13).

Die tagesaktuelle Koordination zwischen Berufsgruppen blieb offensichtlich *situativ*. Gleichzeitig wurden die Mitarbeitenden aber durch den Versuch der Etablierung des Koordinationsupdates darauf sensibilisiert, dass es vor allem bei einer hohen Belastung der Notfallzentrale einen proaktiven Informationsaustausch braucht, um Patientinnen schnell verlegen und eine Überlastung des Notfalls abwenden zu können. Die fehlende Mobilisierung des Koordinationsupdates im Arbeitsalltag führte dazu, dass diese Entscheidungs-Praktik auch im Management-Team *nach und nach an Bedeutung* verlor und nicht mehr aktiv auf eine Kollektivierung der Praktik hingearbeitet wurde (RW-8). Vielmehr übernahm das Management-Team die Interpretation des Koordinationsupdates als Deeskalations-Routine und entwickelte den Informationsaustausch zu einem sogenannten «Overflow-Konzept» weiter (D-143). Dieses Overflow-Konzept sollte, ähnlich wie das Koordinationsupdate, eine *vorausschauende Planung* ermöglichen (S-13)

und Mitarbeitenden eine Checkliste zur Verfügung stellen, wie bei einer drohenden Überlastung des Notfalls zu reagieren ist. In der Strategie-Retraite wurde im August 2019 ein schriftliches Dokument erarbeitet, in dem definiert wurde, in welchen Situationen ein Overflow vorliegt und welche konkreten Massnahmen einzuleiten sind. Es sollen z.B. Patienten identifiziert werden, die zeitnah auf die IMC oder IPS verlegt werden können (D-135). Das Overflow-Konzept besagt, dass nach dem *Auslösen eines halbautomatischen Telefonalarms* die Koordinations-Nurse sowie die diensthabenden Oberärzte zusammenkommen müssen, ein Koordinationsupdate durchgeführt werden soll und gemeinsam die Checkliste abzuarbeiten ist. Die «Basis» für dieses Overflow-Konzept war somit die noch nicht vollständig kollektivierte Entscheidungs-Praktik des Koordinationsupdates, die nun aber entscheidend adaptiert wurde. Die zentrale Veränderung war, dass der *Zeitpunkt sowie die Dringlichkeit* des Overflow-Konzepts neu durch das *Auslösen eines halbautomatischen Telefonalarms* an die diensthabenden Oberärzte klar markiert wurde. Zwar gab es in der Folge Diskussionen darüber, welche Person den Overflow-Alarm auslösen darf (TB-101). Der einmal ausgelöste Alarm konnte aber nicht mehr ignoriert werden und in der Folge kam ein interdisziplinärer Informationsaustausch leichter zustande, als wenn eine Pflegefachperson *persönlich* bei den Oberärzten nach einem Austausch angefragt hätte. Nachdem das Overflow-Konzept durch das Management-Team auf unterschiedlichen Sitzungen des Spitals vorgestellt und die davon betroffenen Oberärztinnen und Pflegemitarbeitenden informiert wurden (TB-92), wurde das Konzept im Winter 2019/2020 verabschiedet. Kurz darauf wurde das Overflow-Konzept mehrmals ausgelöst. Sowohl Mitarbeitende als auch das Management-Team befürworteten die neue Entscheidungs-Praktik. Das weiterentwickelte Konzept stiess, anders als das Koordinationsupdate, innerhalb als auch ausserhalb des Notfalls auf breite Akzeptanz:

> *STV Chefarzt:* Das Overflow-Konzept ist wirklich in aller Munde! Das ist positiv aufgenommen worden. Alleine die Vorstellung, dass es einen Alarm gibt, hat schon eine grosse Funktion. Also wenn die Pflege sagt, es braucht noch zwei Patienten, dann müssen wir den Overflow auslösen, verbessert das natürlich auch die Effizienz, denn man will dann Patienten schnell abarbeitet, um den Overflow nicht auslösen zu müssen.
> *Chefarzt:* Ja super. Das ist genau das, was wir uns vorgestellt haben (TB-101).

Offensichtlich wurde das Overflow-Konzept von den Mitarbeitenden als sinnvolle Deeskalations-Routine wahrgenommen. Assistenzärztinnen berichteten, dass bei der Auslösung des Alarms überraschenderweise Personal aus anderen Organisationseinheiten

des Spitals freiwillig auf dem Notfall Unterstützung leistete (S-21). Anders als das Koordinationsupdate stiess diese Entscheidungs-Praktik auf breite Akzeptanz und konnte *vergleichsweise schnell in den Arbeitsalltag integriert* werden (S-21, S-22). Das Koordinationsupdate wurde zwar nie offiziell eingestellt, die Mobilisierung dieser Entscheidungs-Praktik nahm aber laut Angaben von Pflegemitarbeitenden kontinuierlich ab (S-17). Das Management-Team bedauerte, dass diese Entscheidungs-Praktik nicht routinisiert werden konnte (RW-8). Gleichzeitig hatte man aber durch die *Weiterentwicklung des Koordinationsupdates zum Overflow-Konzept* eine neue Entscheidungs-Praktik geschaffen, die gegen Ende der dritten Entwicklungsphase erfolgreich kollektiviert werden konnte und eine effiziente Ressourcenallokation ermöglichte. In einer Schulung mit Assistenzärzten sagte der Chefarzt der Notfallzentrale:

> «Es gibt dieses Papier «Koordinationsupdate», das haben wir weiterentwickelt zum Overflow-Konzept. Wir wollten eigentlich, dass das Koordinationsupdate 3-mal am Tag stattfindet. Aber ich weiss, dass es nicht regelmässig erfolgt, aber es muss wenigstens dann stattfinden, in einer Situation, wo es Overflow gibt. Dann müsst ihr unbedingt die Oberärzte anrufen und ihnen sagen, ihr müsst jetzt Koordinationsupdate machen» (S-18).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die *Kollektivierung* von Entscheidungs-Praktiken *über die Zeit* erfolgte und nicht immer gelang. Das Beispiel des Koordinationsupdates zeigt, dass sich Entscheidungs-Praktiken durch ihre Mobilisierung im Arbeitsalltag laufend verändern und von Mitarbeitenden unterschiedlich interpretiert werden. Letztendlich führte die *Reinterpretation des Koordinationsupdates zu einer Deeskalations-Routine* dazu, dass auch das Management-Team diese Entscheidungs-Praktik adaptierte und offiziell zu einem Overflow-Konzept weiterentwickelte. Erst nach dieser Reinterpretation konnte die Entscheidungs-Praktik etabliert werden. Analog zur Triage kann somit auch am Koordinationsupdate demonstriert werden, dass sich *Erwartungsräume dynamisch verändern und immer wieder stabilisiert* werden müssen. Auch wenn Verantwortlichkeiten in einem Konzept definiert und Entscheidungen «programmiert» bzw. verfertigt werden, können Verantwortlichkeiten im Alltag unterschiedlich interpretiert werden. Daher brauchte es eine *laufende Selbstbeobachtung des Systems am System*. Das Management-Team analysierte, ob sich Entscheidungs-Praktiken einspielen oder ob sie so anzupassen sind, dass sie auf eine höhere Akzeptanz stossen. In Gesprächen und Schulungen mussten *destabilisierte Erwartungsräume erneut aufgebaut und kollektiviert* werden. Für die Stabilisierung des Overflow-Konzepts war vor allem der halbautomatische Alarm förderlich. Anders als beim Koordinationsupdate konnte

dadurch der *Zeitpunkt sowie die Dringlichkeit* eines Informationsaustausches klar markiert und die ZNS in eine Art «kollektive Alarmbereitschaft» versetzt werden. Der durch das Auslösen des Overflows-Konzepts initiierte Austausch war somit nicht mehr von persönlichen Informationsbedürfnissen einzelner Pflegemitarbeitenden abhängig, sondern stärker an objektive und vorab festgelegte Kriterien geknüpft, die vom Management-Team definiert wurden.

8.3.1.3 Zwischenfazit: Die Stabilisierung von Entscheidungs-Praktiken als temporäre Errungenschaften

Die bisherigen Ausführungen über die dynamische Stabilisierung des Triageprozesses und des Koordinationsupdates zeigen, dass die Entscheidungs-Praxis einer Organisation kontinuierlich in Bewegung ist: Sowohl durch Veränderungen in anderen Entscheidungs-Praktiken, als auch durch ihre Reinterpretationen sowie durch die Mobilisierung von Praktiken in einem sich verändernden organisationalen Kontext kommt es zu einer laufenden Anpassung von Entscheidungs-Praktiken. In diesem Sinne ist die Stabilisierung einer organisationalen Entscheidungs-Praxis immer nur eine *temporäre Errungenschaft*. Eine Entscheidungs-Praktik ist lediglich ein *temporäres* «commitment to action» (Langley, Mintzberg et al. 1995: 261). Werden Entscheidungsprozesse aufgrund von Feedbacks von Mitarbeitenden verändert, so werden dabei etablierte Erwartungsräume destabilisiert: Die Art und Weise, wie Entscheidungen im Normalfall erfolgen und wer welche Verantwortlichkeiten in Entscheidungsprozessen hat, werden zur Disposition gestellt. Auf diese *Öffnung von Erwartungsräumen* folgte im analysierten Fallbeispiel wiederum eine stärkere *Schliessung von Erwartungsräumen*, damit kollektives Handeln und Entscheiden wieder möglich wird. Die Weiterentwicklung der organisationalen Entscheidungs-Praxis erfolgte über ein kontinuierliches «Hin und Her» zwischen der *Herstellung und der Destabilisierung von Erwartungssicherheiten*. Die Gründe, warum Entscheidungs-Praktiken erneut destabilisiert wurden, waren vielfältig: Entscheidungs-Praktiken wurden sowohl *gezielt von Akteuren verändert*, indem sie von Arbeitsgruppen sowie vom Management-Team evaluiert, auf ihre Funktionalität geprüft und im Hinblick auf vor- oder nachgelagerte Entscheidungs-Praktiken justiert wurden. Entscheidungs-Praktiken veränderten sich aber auch *unvorhergesehen und ungeplant*, beispielsweise durch die Reinterpretation von Mitarbeitenden, über die Mobilisierung von Praktiken über die Zeit und innerhalb unterschiedlicher Akteurskonstellationen. Konzeptualisiert man die Grenze einer Organisation nicht als territoriale Zone oder rechtlich-formale Festlegungen, sondern wie in dieser Arbeit als «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60), so wird die *Gestaltung dieser dynamischen Öffnungs- und Schliessungsprozesse* zu

einer *zentralen Managementaufgabe*. Es bedarf einer laufenden *Selbstbeobachtung des Systems durch das System*, um Entscheidungsprozesse weiterzuentwickeln, sie für spezifische Impulse zu öffnen und sie gleichzeitig wieder zu schliessen, um koordiniertes Entscheiden und Handeln zu ermöglichen. Das Management-Team beobachtete via Sitzungen, bilateralen Gesprächen und letztendlich auch über die eigene Tätigkeit in der Kernwertschöpfung, ob sich Entscheidungs-Praktiken einspielen. Wurden Entscheidungs-Praktiken zu flexibel interpretiert, griff das Management-Team «korrigierend» ein. Stiessen Entscheidungs-Praktiken auf geringe kollektive Akzeptanz, wie dies beim Koordinationsupdate der Fall war, so wurden Praktiken uminterpretiert, um die Wahrscheinlichkeit ihrer Mobilisierung zu erhöhen. Aufgrund der spezifischen Einbettung der Notfallzentrale in das Spital und der hohen Fluktuation des Personals war die *Herstellung von Stabilität in Entscheidungsprozessen* und somit die Schliessung von Erwartungsräumen die zentrale Herausforderung (TB-60). Die Entwicklung der Notfallzentrale war stets von einem *Opportunitätenüberschuss* und nicht von der Problematik festgefahrener Strukturen geprägt. Laufend wurden etablierte Erwartungsräume destabilisiert, weshalb die Entwicklungsanstrengungen des Management-Teams vor allem auf Stabilisierung von Entscheidungs-Praktiken zielte. Ein wichtiger Gegenstand dieser Entwicklungsarbeit war die *Mitgliedschaftsrolle*. Im nächsten Kapitel wird erörtert, wie über die *Spezifizierung von Mitgliedschaftsrollen* Entscheidungs-Praktiken stabilisiert und kollektives Entscheiden wahrscheinlicher gemacht wurde.

8.3.1.4 Die Stabilisierung der Entscheidungs-Praxis ist auf die Gestaltung der Mitgliedschaftsrolle angewiesen

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Stabilisierung der organisationalen Entscheidungs-Praxis fragil und von temporärer Dauer war. Im hier analysierten Fallbeispiel war es vor allem der *organisationale Kontext*, der eine von Entscheidungs-Praktiken anspruchsvoll machte. Herausfordernd war vor allem der Umstand, dass das ärztliche Personal in Dienstzyklen rotierte und die «Träger» von Praktiken (Nicolini & Monteiro 2017: 114) regelmässig ausgetauscht wurden. Entscheidungs-Praktiken mussten dadurch *unter sich verändernden Akteurskonstellationen* hervorgebracht werden. Pflegemitarbeitende beobachteten, dass zu Beginn eines neuen ärztlichen Dienstzyklus etablierte Entscheidungs-Praktiken erodierten (S-24). Entscheidungsprozesse erfolgten dann nicht mehr nach Konzept, sondern vielmehr «personenabhängig» (S-24). Laut Pflegemitarbeitenden ging das «Gefühl von Stabilität jeweils beim Start eines neuen Dienstzyklus verloren» (I-C-13). Auch Assistenzärzte berichteten, dass sie trotz Einführungsveranstaltungen die spezifischen Entscheidungsprozesse zuerst einmal

kennenlernen müssen (S-18, S-20). Hinderlich für die Kollektivierung der Entscheidungs-Praxis war zudem die *fehlende kommunikative Erreichbarkeit der ärztlichen Mitarbeitenden* aufgrund von Doppelmitgliedschaften und Verantwortlichkeiten in mehreren Organisationseinheiten (TB-74). So war es auch schwierig zu bestimmen, welche Personen zu Informationsveranstaltungen eingeladen werden müssen, um sie über die Veränderung von Arbeitsabläufen informiert zu halten (TB-74). Anders als beim Pflegepersonal, das über den Notfall angestellt wurde, gab es für das ärztlichen Personal, das aus unterschiedlichen Kliniken und temporär rekrutiert wurde, *keine gemeinsamen Teamsitzungen* (D-96). Das untenstehende Zitat aus einer Feedbackrunde bezüglich des Koordinationsupdates zeigt auf, dass es nur *wenige kommunikativen Kanäle* gab, um das ärztliche Personal über Veränderungen in Entscheidungs-Praktiken zu informieren:

> «Also nochmals informieren. Aber wie? Wenn wir das [Koordinationsupdate] nochmals verändern, gibt es eine Information mit den Erkenntnissen von heute aus diesem Meeting. Einige erreichen wir so mit einer Fortbildung und können es dort kommunizieren. Wenn ich eine Mail schreibe, kann ich es ja gerade so gut an eine Wand schicken» (TB-52).

Das Management-Team suchte daher nach *geeigneten Kommunikationskanälen sowie Kommunikationsplattformen* und diskutierte die Einführung eines Notfall-Newsletters, der das ärztliche Personal über Prozessveränderungen informieren sollte (D-96). Weil befürchtet wurde, dass dieser Newsletter in der täglichen Mail-Flut untergeht, wurde diese Option nicht weiterverfolgt (TB-74). Aufgrund der Einbettung der ZNS in das Spital und der ärztlichen «Mitgliedschaft auf Zeit» entstand im Management-Team der Eindruck, Entscheidungs-Praktiken müssten laufend stabilisiert werden:

> «Eigentlich sollten wir im Grundsatz immer sagen: «Wir stabilisieren». Weil das Unsichere, was immer auf uns zukommt, bedeutet ja auch immer Stabilisieren. Wir haben oft gesagt, wir konsolidieren. […] Ich dachte, wir geben 5 Jahre Vollgas und dann läuft der Betrieb. Aber das wird nie passieren, dies wäre nur so, wenn IT immer gleich ist, wenn wir *keine Fluktuationen und Rotationen* haben, wenn Fallzahlen immer gleich wären. Weil wir so im Zentrum des Spitals stehen, wird sich immer etwas verändern. Wir müssen immer darauf reagieren» (TB-74; Kursivsetzungen durch Autorin).

Trotz dieser Herausforderungen konnten die Triage, das Overflow-Konzept und andere Entscheidungs-Praktiken gegen Ende der dritten Entwicklungsphase *immer stärker kollektiviert und stabilisiert* werden. Diese Stabilisierung von Entscheidungs-Praktiken ist

unter anderem auf eine *Spezifizierung der Mitgliedschaftsrolle* zurückzuführen. Ab September 2018 wurden die Oberärzte stärker geschult und von Verantwortlichen des Management-Teams im Arbeitsalltag begleitet (D-103, I-C-12). Das Ziel dabei war, Entscheidungs-Praktiken breiter abzustützen und die Oberärztinnen noch stärker in den spezifischen Entscheidungsprozessen der ZNS auszubilden (TB-74). Insgesamt wurden die *Mitgliedschaftsrollen des ärztlichen Personals*, das formal-rechtlich betrachtet nicht Teil der ZNS war, durch die Bemühungen des Management-Teams entscheidend eingeschränkt und *Verhaltenserwartungen* wurden spezifiziert. Es bildeten sich deutlichere *Mitgliedschaftsregeln* aus: So wurde von Oberärztinnen vermehrt verlangt, dass sie während ihrer Dienstzeit physisch auf der ZNS anwesend sein müssen und Operationstätigkeiten oder Sprechstundentermine anderer Kliniken auf ein Minimum reduzieren (TB-74). Bei zwingenden Abwesenheiten des diensthabenden Oberarztes müssen *klare Ansprechpersonen definiert werden*, an die sich die Assistenzärztinnen oder Pflegefachpersonen richten können (S-16, S-20). Die *Klärung der ärztlichen Mitgliedschaftsrolle* erfolgte über einen längeren zeitlichen Prozess. Vorangetrieben wurden diese *Klärungs- und Aushandlungsprozesse* vor allem durch den chirurgischen Chefarzt der ZNS und seinen internistischen Stellvertreter, die in bilateralen Gesprächen, individuellen Coachings und Einführungsveranstaltungen die spezifischen *Verhaltenserwartungen an das ärztliche Personal* adressierten. Im Verlauf dieser dritten Entwicklungsphase konnte die ärztliche *Mitgliedschaftsrolle* stärker formalisiert werden. Den Ärztinnen wurde verdeutlicht, welchen *Regeln und Erwartungen* sie während ihrer Dienstzyklen auf der ZNS gerecht werden müssen (S-20). Die Formalisierung der ärztlichen Mitgliedschaftsrolle führte zu einer *höheren kollektiven Erwartungssicherheit*: So meldeten Pflegefachpersonen und Assistenzärzte zurück, dass diensthabende Oberärzte besser erreichbar seien und ihre Präsenz auf der Notfallstation zugenommen hat (S-13). *Ansprechpersonen und Stellvertreterregelungen* bei kurzzeitigen Abwesenheiten des diensthabenden Arztes wurden für involvierte Berufsgruppen vermehrt geregelt. Dank der Spezifizierung von Mitgliedschaftsrollen wurde kollektives Entscheiden auf dem Notfall wahrscheinlicher, denn Zuständigkeiten und die Ausführung bestimmter Entscheidungs-Praktiken konnten wechselseitig unterstellt werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die stärkere *Formalisierung der ärztlichen Mitgliedschaftsrolle* entscheidend zur *Stabilisierung von Entscheidungs-Praktiken* beigetragen hat: Durch ihre verstärkte Präsenz auf der ZNS und durch *klarer definierte Mitgliedschaftserwartungen* konnten personenunabhängige Entscheidungsprozesse aufgebaut werden. Diese Klärungsprozesse der ärztlichen Mitgliedschaftsrollen waren *aber*

nie abgeschlossen: Da immer neue Oberärzte und Assistenzärztinnen auf dem Notfall Dienst leisteten, mussten diese *Erwartungsklärungen immer wieder geführt werden*. Ähnlich wie bei der dynamischen Stabilisierung von Entscheidungs-Praktiken, die jeweils von temporärer Dauer war, so war auch die *Mitgliedschaftsgrenze in ständiger Bewegung*. Zentral war, dass das Management-Team in dieser dritten Entwicklungsphase das «Management der Mitgliedschaft» (Kühl 2010: 18) als zentralen Gestaltungsbereich identifizierte und so entscheidend zur Stabilisierung von Erwartungsräumen und Entscheidungs-Praktiken beigetragen hat. Trotz dieser Erfolge blieb die *Kollektivierung von Entscheidungs-Praktiken eine dominante Problemstellung* des Notfalls. Auch deshalb arbeitete das Management-Team darauf hin, dass der Notfall langfristig *eigene Oberärzte in Teilzeitpensen anstellen* kann (D-143). Zudem wurde an Weiterbildungskonzepten für einen Schwerpunkt Notfallmedizin gearbeitet, um die Attraktivität des Notfalldienstes zu steigern und Karrieremöglichkeiten zu schaffen (D-143). Laut der Management-Verantwortlichen würde dies den Aufbau einer «regelbasierten Organisation» unterstützen und die Gestaltung der ärztlichen Mitgliedschaftsrolle vereinfachen. Diese Bestrebungen zeigen, dass sich der Notfall stärker von den Kliniken des Spitals emanzipierte und seine Entscheidungsautonomie sukzessive ausweitete, indem künftig auch Personalentscheidungen selbst getroffen werden können.

8.3.2 Die Weiterentwicklung der Entscheidungs-Praxis durch die Ausdifferenzierung der Umwelt

Die dynamische Stabilisierung der «regelbasierten» Organisation führte zu einer strukturellen Ausdifferenzierung des Notfalls. In dieser dritten Phase differenzierte sich nicht nur der Notfall, sondern auch seine Umwelt sukzessive aus: Im Spital wurden mit der *hausärztlichen Notfallpraxis (NFP)* und der *Intermediate Care Unit (IMC)* neue Leistungseinheiten gebildet. Die Umwelt der ZNS war ebenfalls von einer konstanten Komplexitätszunahme geprägt und differenzierte sich über *Grenzziehungsprozesse* und der *Bildung von Subsystemen* aus (Luhmann 1999: 76). Mit diesen zwei neu gegründeten Organisationseinheiten wollte das Zentrumsspital nicht nur seine eigenen Leistungen ausbauen, sondern auch die Notfallzentrale entlasten. Aufgrund zahlreicher Abhängigkeiten *beeinflussten diese Grenzziehungsprozesse der Umwelt* auch den Notfall. Im Folgenden wird am Beispiel des *Aufbaus der hausärztlichen Notfallpraxis* gezeigt, wie sich die Grenzziehungsprozesse der Umwelt auf die Entscheidungs-Praxis der ZNS ausgewirkt haben. Die ZNS hat auf die *Erhöhung der Umweltkomplexität* mit einer *Erhöhung der internen Komplexität* reagiert und Entscheidungs-Praktiken weiter ausdifferenziert.

Die hausärztliche Notfallpraxis kam durch eine Kooperation zwischen dem Zentrumsspital und dem städtischen Hausärzteverein zustande. Nach Diskussionen über Leistungsvereinbarungen, Entlohnungssysteme und Organisationsmodelle wurde im Frühjahr 2018 beschlossen, dass *eine rechtlich eigenständige Notfallpraxis innerhalb des Zentrumsspitals aufgebaut* werden soll, die zu 50% im Besitz des Zentrumsspitals und zu 50% im Besitz des städtischen Hausärztevereins ist (D-121, D-85). Die Notfallpraxis soll von einem Verwaltungsrat geführt werden, der operativ tätig ist und die Geschäftsführung verantwortet. Neben mehreren Vertretern des städtischen Hausärztevereins wurde auch der Chefarzt der ZNS Mitglied des Verwaltungsrates (TB-83, D-121). Die NFP wurde von städtischen Hausärzten und Medizinischen Praxisangestellten (MPAs) betrieben. Die circa 40 Hausärzte wurden über die NFP angestellt. Sie wurden einzelnen Schichten zugeteilt, sodass fast jeder Tag ein anderer Hausarzt auf der NFP Dienst leistete. Die auf der Notfallpraxis tätigen MPAs wurden von der ZNS angestellt und an die NFP «ausgeliehen». Dafür wurden auf der ZNS zusätzliche MPA-Stellen geschaffen und eine Teamleiterin für die auf der NFP tätigen MPAs eingestellt (D-106, D-107). Das Organigramm der NFP wird in der folgenden Abbildung 9 visualisiert.

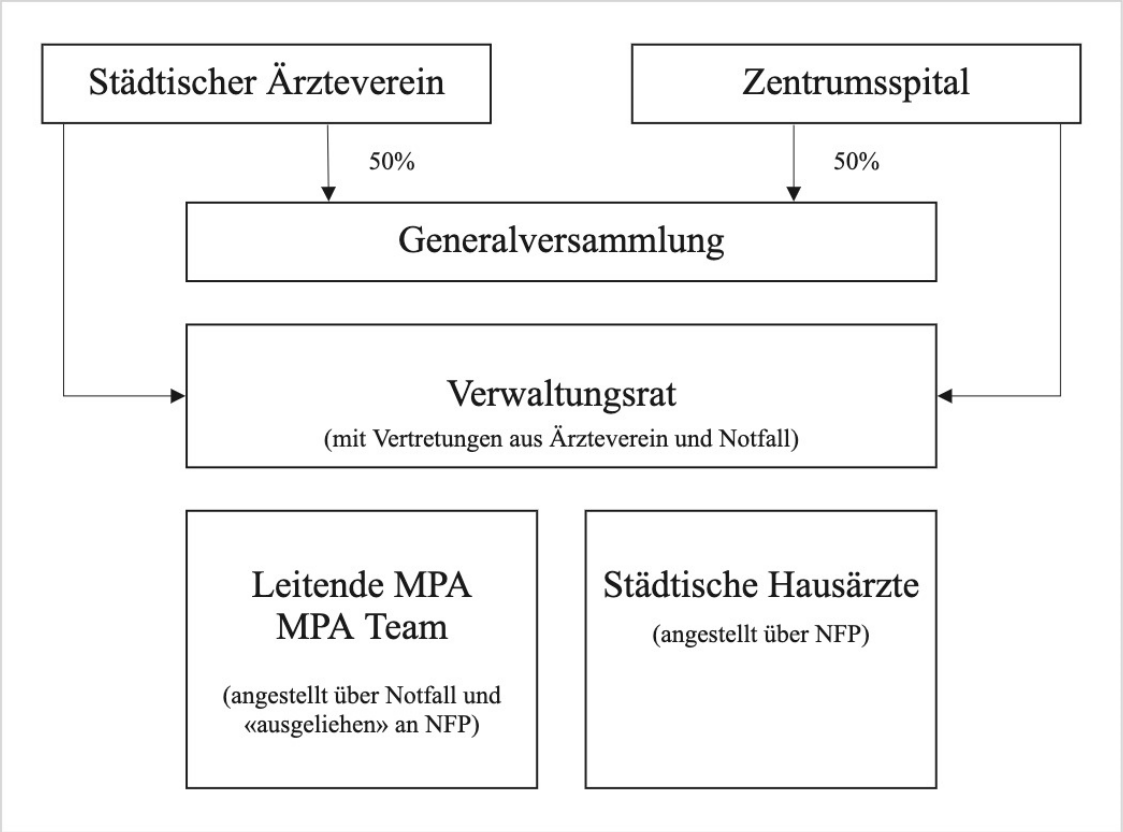

Abbildung 9: Das Organigramm der hausärztlichen Notfallpraxis

Die Frage, ob das Spital oder der städtische Hausärzteverein die Notfallpraxis betreiben soll, gab Anlass zu Diskussionen. Das Management-Team der ZNS befürchtete, dass eine unabhängig vom Zentrumsspital geführte Notfallpraxis die eigenen Entscheidungs-Praktiken, insbesondere die Triage, destabilisieren würde:

> «Das [Zentrumsspital] bevorzugt für die Notfallpraxis den Standort hier. […] Wir brauchen eine Notfallpraxis, die unabhängig von den Hausärzten geführt wird. Wir wollen Zuweisung von Spezialisten hierhin, nicht von Hausarzt zu Hausarzt. Es besteht eine Gefahr, wenn es die Hausärzte betreiben, es würde alles aushebeln, was wir mit dem Notfallflusskonzept gemacht haben. […] Sie [die Hausärzte] kennen unsere Infrastruktur nicht. Wir haben ein Triage-System geschaffen, das wir auf Wunsch von oben und auf Drängen von der Front pflegebasiert realisiert haben, das hebeln wir nicht wieder aus» (TB-25).

In einer Sitzung des Management-Teams wurde die *Angst vor dem Einbruch der «regelbasierten Organisation»* und der *Destabilisierung der aufgebauten Entscheidungsprozesse* durch eine unabhängig von der ZNS geführten Notfallpraxis noch deutlicher zum Ausdruck gebracht:

> «[…] also wenn jetzt plötzlich die Hausärzte nicht nur ein Mitspracherecht hätten, sondern quasi alle Entscheide fällen würden [und] die Hausärzte bestimmen, wie dieser Betrieb zu laufen hat, […] dann sehe ich viele Probleme, viel Gefährdungspotential für das Ganze. Dann wird es wieder destabilisiert. Und es geht jetzt darum, dies zu verhindern» (TB-26).

Weil befürchtetet wurde, dass durch eine eigenständig geführte Notfallpraxis Patientenzuweisungen abnehmen und die ZNS den Patientenfluss nicht mehr beeinflussen könne, brachte sich das Management-Team früh und aktiv in Gespräche zwischen dem städtischen Ärzteverein und dem Zentrumsspital ein (TB-25, TB-26). Neben der Frage, welcher Akteur die Notfallpraxis an welchem Standort betreiben soll, wurde auch diskutiert, *welche Patientengruppen auf der NFP und welche auf der ZNS* zu behandeln sind (I-C-8). Aus der Perspektive der ZNS sollten vor allem leicht erkrankte und leicht verletzte Personen auf der Notfallpraxis behandelt werden (D-78). Komplexere Fälle, die mit hoher Dringlichkeit und hohem Ressourcenaufwand bearbeitet werden müssen, sind weiterhin auf der Notfallstation zu betreuen. Für diese Zuteilung von Patienten braucht es *eine funktionierende Triage*. Bevor die Notfallpraxis in Betrieb genommen wurde, musste zuerst der *Triageprozess kollektiviert und stabilisiert* werden, denn eine funktionierende und bei allen angemeldeten Patienten durchgeführte Triage war eine entscheidende

Bedingung dafür, dass Patienten entweder dem «System» Notfall oder dem «System» Notfallpraxis zugewiesen werden konnten. Dies war dem Management-Team der ZNS bewusst:

> «Wir müssen sicher die Triage aufrechterhalten und sagen, dass wir alle angemeldeten Patienten triagieren. Die Hausärzte wollen dies sicher selber machen, aber das wollen wir nicht. Wir wollen die Kontrolle haben und den Prozess steuern können. Darum müssen wir nachweisen können, dass wir super triagieren, z.B. 98% richtig triagieren» (TB-26).

Nach den von der ZNS organisierten Testtagen musste der Triageprozess auf die neuen Bedingungen angepasst werden (D-115). Dafür wurde eine *Arbeitsgruppe* gebildet, die den Triageprozess überarbeitete (TB-80). Die Option, dass über die ZNS angemeldete Patientinnen neu in die Hausarztpraxis triagiert werden können, musste im digitalen Triageprozess abgebildet werden. In der *Arbeitsgruppe, in Schulungen und Gesprächen* wurde zusammen mit dem Pflegepersonal und den Triage-Nurses definiert, welche Patientenanliegen weiterhin auf dem Notfall zu behandeln sind, und welche Erkrankungen und Verletzungen sich für eine Behandlung auf der NFP eignen (D-115, TB-84). Dabei wurde entschieden, dass sich Patienten mit einer tiefen Dringlichkeit und den Triage-Kategorien 4 und 5 grundsätzlich für eine Behandlung auf der NFP eignen (D-115). Trotz dieser Definition von vermeintlich objektiven Kriterien war der konkrete Triage-Entscheid im Arbeitsalltag von vielen weiteren tagesaktuellen Faktoren abhängig, wie vom momentanen Auslastungsgrad der ZNS, der Auslastung der NFP, speziellen Diagnosen sowie von spezifischen Kompetenzen der diensthabenden Hausärzte (S-24). Die Triage-Nurse muss wissen, ob der diensthabende Hausarzt bestimmte chirurgische Interventionen machen kann, damit nicht Patienten, die in die NFP triagiert werden, vom Hausarzt wiederum zurück auf die ZNS geschickt werden, da er dieses spezifische Patientenanliegen nicht behandeln kann (D-115). Aufgrund *individueller Kompetenzen der auf der NFP tätigen Hausärzte* und den *Überraschungen des Tagesgeschehens* konnte der Triageprozess allerdings nicht nach standardisierten Kriterien und einmalig festgelegt werden.

Die veränderte Entscheidungs-Praktik wurde im Arbeitsalltag eingeübt. Mit der Zeit etablierte sich *ein gemeinsames Verständnis*, wie der Triageprozess und die Zuteilung von Patienten auf die ZNS oder auf die NFP erfolgen soll. Die Kollektivierung dieser Praktik war auf ein *gemeinsames Sensemaking* angewiesen: In Team-Sitzungen, bilateralen Gesprächen und in den Sitzungen des Management-Teams wurden Unklarheiten im Triageprozess diskutiert und einzelne Triage-Entscheidungen retrospektiv analysiert. Der

neue Triageprozess ist auf einen *intensiveren Informationsaustausch* zwischen der MPA, die Patientenanmeldungen entgegennimmt, und der Triage-Nurse angewiesen (D-115). Laut Aussagen des Management-Teams «wissen die Triage-Nurses nicht genau, welche Patienten in der NFP behandelt werden können. Die MPAs haben aufgrund ihres Berufsbildes hingegen mehr Erfahrung» (TB-80). Daher mussten bei den Pflegefachpersonen diese neuen Kompetenzen bezüglich der Identifikation von Patienten, die sich für eine Behandlung auf der Notfallpraxis eignen, entwickelt werden. Der *tagesaktuelle Informationsaustausch zwischen den MPAs, den Pflegefachpersonen und den diensthabenden Hausärzten* musste für eine effiziente Triage verstärkt werden. Mit der Zeit spielten sich dabei auch *informelle Routinen* ein: So stellten sich die Hausärzte bei Dienstbeginn vermehrt bei den MPAs der ZNS am Empfang vor, damit man sich gegenseitig über individuelle Kompetenzen informieren konnte.

Die Inbetriebnahme der Hausarztpraxis hat nicht nur Veränderungen im Triageprozess ausgelöst, sondern auch *zu Adaptionen in anderen Entscheidungs-Praktiken*, insbesondere der *Patientenaufnahme,* geführt. Bisher konnten sich die Triage-Nurse und die MPA aufgrund ihrer räumlichen Nähe am Empfang der ZNS austauschen und sich spontan koordinieren. Die in der Hausarztpraxis tätige MPA arbeitete aber räumlich getrennt von der Triage-Nurse, was den *informellen Kommunikationsaustausch erschwerte*. Deshalb wurde die Befragung bei der Patientenanmeldung, einer der Triage vorgelagerten Entscheidungs-Praktik, ausgeweitet. Die Gründe für den Eintritt auf dem Notfall oder Informationen zum Unfallvorgang wurden detaillierter dokumentiert, wie die Teamleiterin der MPAs berichtete:

> «Die Patientenanmeldung hat sich geändert, man muss jetzt sehr viel mehr erfassen und zwar für alle Patienten, nicht nur jene, die in die Hausarzt-Praxis gehen. Früher musste man nur Name, Unfall und Art der Zuweisung erfragen. Neu muss viel mehr noch zu Krankheit und Unfallvorgang erfragt werden. Wegen der räumlichen Trennung kann die Triage-Nurse nicht mehr bei der MPA vorbeigehen und schnell sagen, hey dieser Patient hat das und das, es muss über die räumliche Distanz hinweg funktionieren» (S-16).

Der *Leistungsausbau in der Umwelt der ZNS* hatte zahlreiche Auswirkungen auf ihre Entscheidungsprozesse, die im laufenden Betrieb weiterentwickelt und wieder kollektiviert werden mussten. Zudem veränderte die Inbetriebnahme der Notfallpraxis auch die *Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen der ZNS* und weitete die *Rolle und den Kompetenzbereich der MPAs* aus, wie im nächsten Abschnitt dargelegt wird.

Für den Betrieb der Notfallpraxis war die Berufsgruppe der MPA entscheiden. Angestellt über die ZNS und gleichzeitig für temporäre Dienste auf der NFP eingeteilt, konnten die MPAs den Patientenfluss zwischen diesen beiden Systemen koordinieren. Die MPAs leisteten sowohl auf der ZNS als auch während der entsprechenden Betriebszeiten auf der NFP Dienst. Da die ZNS und die NFP rechtlich separate Organisationseinheiten waren und getrennt Leistungen abrechneten, wurden auch *Patientendossiers unabhängig voneinander geführt*. Zwar dokumentierten die Hausärzte der NFP im vom Zentrumsspital zur Verfügung gestellten KIS, das pflegerische und ärztliche Personal der ZNS hatte auf diese Daten allerdings keine Zugriffsrechte. Alleine die MPAs hatten aufgrund ihrer *Doppelmitgliedschaft in der ZNS und der NFP* die Zugriffsrechte auf beide Patientendossiers. Die MPAs wurden daher als «Verbindungsglied zwischen Notfall und Hausarztpraxis» (TB-83) bezeichnet. Dieses Verbindungsglied war deshalb wichtig, weil es im Patientenprozess zahlreiche Schnittstellen zwischen der ZNS und der NFP gab. Spezifische medizinische Leistungen und Untersuchungen konnten in der infrastrukturell eingeschränkten Notfallpraxis nicht angeboten werden. Die MPAs konnten auf Anweisung des diensthabenden Hausarztes der NFP aber ein ausführlicheres Labor bei der ZNS in Auftrag geben oder einen in die NFP triagierten Patienten beim Röntgen der ZNS anmelden (TB-84). Auch konnten die MPAs den Patientenfluss zwischen ZNS und NFP orchestrieren und z.B. komplexe Patienten, die fälschlicherweise in die NFP triagiert wurden, wieder bei der ZNS anmelden und überweisen. Die MPAs waren auch für die auf der NFP tätigen Hausärzte die *relevanten Ansprechpersonen*, die sie in Arbeitsroutinen und Entscheidungsprozessen der NFP sowie der ZNS einführten. Die auf der NFP diensthabenden Hausärzte fluktuierten stark und wurden teilweise nur zwei oder drei Mal pro Jahr für einen Dienst auf der NFP eingeteilt. Das MPA-Team konnte die Hausärzte über Veränderungen in Entscheidungsprozesse informiert halten und sie jeweils vor Ort anweisen und administrativ unterstützen (S-15, S-16, S-24). Wie wichtig die MPAs für die «Sozialisierung» der Hausärzte waren, kann an der untenstehenden Situation verdeutlicht werden, die im Juni 2019 beobachtet wurde:

> Eine MPA zeigt einem Hausarzt, wie man im KIS des Zentrumsspitals dokumentiert, und wo er die Informationen der Triage-Nurse der ZNS im System einsehen kann. Der Hausarzt merkt an, dass der Materialwagen mit Adrenalin ergänzt werden sollte. Die MPA notiert sich seine Anmerkungen und meint, dass sie sein Anliegen mit der leitenden MPA besprechen wird. Der Hausarzt widmet sich dem Patienten zu. Er setzt eine Betäubung, geht zurück zu seinem Computer und fragt die MPA, wie die Leistungs- und Berichterfassung

> funktioniert. Danach näht der Arzt eine Wunde des Patienten. Die MPA assistiert ihm und fragt, was der Arzt für einen Faden verwenden möchte. Der Arzt fragte, was es hier überhaupt für Fäden gibt, er kenne das zur Verfügung stehende Material nicht. Der Hausarzt meinte später zur MPA, dass er ohne ihre Hilfe verloren wäre. Die Prozesse und Dokumentation seien hier ganz anders als in seiner Praxis (S-16).

Diese Schilderungen zeigen, wie die MPAs der ZNS dazu beitrugen, dass die Hausärzte arbeitsfähig waren und sie gleichzeitig nicht die von der ZNS definierten Entscheidungs-Praktiken, wie die Triage und Patientenanmeldung, infrage stellten. Die MPAs waren die zentralen Ansprechpersonen für den Praxisbetrieb und *verantworteten die Kommunikation an den Schnittstellen*, denn sie kannten sowohl die Entscheidungsprozesse der ZNS als auch jene der NFP. Aus der Perspektive der MPAs wurde ihre Rolle durch die Inbetriebnahme der Hausarztpraxis aufgewertet und *ihr Kompetenzbereich ausgeweitet*:

> «Auf der Notfallpraxis können wir viel mehr entscheiden als auf dem Notfall. Auf dem Notfall arbeiten wir teilweise unter unseren Kompetenzen, da vieles von den Pflegemitarbeitenden mit NDS [Nachdiplomstudiengang] oder von den Ärzten abgesegnet werden muss. Hier dürfen wir sogar Medikamente abgeben, das dürfen wir auf der ZNS nicht, in einer normalen Hausarzt-Praxis machen wir das aber sonst auch» (S-16).

Diese *Kompetenzverschiebungen und die Stärkung der Rolle der MPA* spülte allerdings *interprofessionelle Konflikte* wieder an die Oberfläche. Gegenstand dieser Konflikte waren vor allem Triage-Entscheidungen und die Frage, welche Berufsgruppe diesen Entscheid treffen darf (S-19). Der Triage-Entscheid lag zwar offiziell immer noch bei der Triage-Nurse, MPAs konnten über die ausführlichere Patientenanmeldung diesen Entscheid aber stärker mitbeeinflussen (S-24). Obwohl sich mit der Zeit ein gemeinsames Verständnis des veränderten Triageprozesses entwickelte, so wurde die Richtigkeit von Triage-Entscheidungen unter MPAs und Pflegefachmitarbeitenden teilweise kontrovers diskutiert und ex post infrage gestellt (S-19, S-24). Trotz dieser Dynamiken zwischen den Berufsgruppen der Pflegemitarbeitenden führte die NFP zu einer *Entlastung der ZNS*, vor allem in den Wintermonaten im Jahr 2019/2020.

Interpretation aus einer theoretischen Perspektive

Die *Ausdifferenzierung von Systemgrenzen in der Umwelt der ZNS* wirkten sich auf die Entscheidungs-Praktiken der ZNS aus. Die Grenzbildungsprozesse im organisationalen

Kontext der ZNS führten dazu, dass die eigene Entscheidungs-Praxis sowohl angepasst als auch stabilisiert wurde. Dies konnte insbesondere bei der Triage und der Patientenaufnahme beobachtet werden. Die Entstehung neuer Organisationseinheiten in der Umwelt der ZNS führten nicht nur zur Modifikation von Entscheidungsprozessen. Auch die Systemgrenzen der ZNS wurden erneut zur Disposition gestellt und mussten analog zur Entscheidungs-Praxis ebenfalls dynamisch stabilisiert werden.

Der Aufbau der Notfallpraxis wurde vom Management-Team in einer frühen Phase ambivalent betrachtet und *sowohl als Chance als auch als Gefahr* bewertet: Die Kooperation mit den Hausärzten würde die teilweise überlastete Notfallzentrale höchstwahrscheinlich entlasten. Gleichzeitig wurde befürchtet, dass die aufgebauten Entscheidungsprozesse durch eine autonom geführte Notfallpraxis *destabilisiert und infrage stellen werden* (TB-25, TB-26). Das Management-Team versuchte *die Operationslogik des Systems* zu «verteidigen». Dies geschah, indem sich Mitglieder der ZNS früh und aktiv in die Sitzungen des städtischen Hausärztevereins einbrachten (TB-25, TB-26). Schliesslich wurde der Chefarzt der ZNS Mitglied des Verwaltungsrates der NFP und konnte über dieses Gremium indirekt *auf die Gestaltung der Entscheidungsprozesse an den Schnittstellen der ZNS und NFP* Einfluss nehmen (TB-83, D-121). Das Management-Team verfolgte das Ziel, dass die Kontrolle über Patientenzuweisungen aufrechterhalten wird, indem alle angemeldeten Patientinnen über die ZNS triagiert werden. Die Bildung eines neuen Teilsystems in der Umwelt der ZNS führten in einem ersten Schritt dazu, dass *die Entscheidungs-Praktik der Triage stabilisiert wurde*: Jedem Patienten musste eine Triage-Kategorie zugewiesen werden, was Ende der zweiten Entwicklungsphase nicht immer der Fall war. Nur wenn jeder Patient durch die ZNS triagiert wird, kann die Gefahr abgewendet werden, dass die ZNS die «Kontrolle» über Patientenzuweisungen an die NFP verliert (TB-26). Wenn die ZNS die *Entscheidungsautonomie über die Triage aufrechterhalten* und diese Praktik stabilisiert werden kann, können auch nachgelagerte Entscheidungsprozesse einfacher gestaltet und die *regelbasierte Organisation insgesamt geschützt werden* (TB-26). Daher wirkte das Management-Team darauf hin, einen *stabilen und personenunabhängigen Triageprozess* zu etablieren, bevor die Hausarztpraxis ihren Betrieb aufnahm (TB-26). Das Management-Team verdeutlichte dem Hausärzteverein, warum die Entscheidungsautonomie über die Triage für die Aufrechterhaltung der regelbasierten Organisation der ZNS relevant ist. In einem zweiten Schritt musste die Triage auf die veränderten Gegebenheiten angepasst werden: Die Entscheidungsoption, dass ab Juni 2019 Patienten auch in die Notfallpraxis triagiert und dort behandelt werden können, musste im digitalen Triageprozess und in den Arbeitsroutinen der Triage-Nurse

berücksichtigt werden (S-15). Die Triage wurde von den Mitarbeitenden der ZNS neu gestaltet: Es wurde versucht, objektive Kriterien, typische Diagnosen und Verletzungen zu definieren, die sich für eine Behandlung auf der NFP eignen (D-115, TB-84). Die adaptierte Version der Triage musste erneut im Arbeitsalltag eingeübt werden. Das Management-Team stellte über Sitzungen, Schulungen und Gespräche Plattformen für ein *gemeinsames Sensemaking* und *die fortlaufende Kollektivierung der Triage* bereit und beobachtete, ob sich der veränderte Entscheidungsprozess im Arbeitsalltag etabliert. Veränderungen in der Triage machten *Veränderung in anderen Entscheidungs-Praktiken* nötig, insbesondere bei der *Patientenaufnahme*. Da sich die Triage-Nurse und die MPA aufgrund der räumlichen Distanz zwischen NFP und ZNS nicht mehr spontan absprechen konnten, musste die Patientenbefragung bei der Aufnahme ausgeweitet werden. Diese Überlegungen zeigen, dass die *Entscheidungs-Praxis der ZNS durch Grenzziehungsprozesse in der Umwelt* in Bewegung geraten ist. Entscheidungs-Praktiken mussten im laufenden Betrieb angepasst und Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen erneut kollektiviert werden. Nur so konnte arbeitsteiliges Entscheiden auf den Notfall sichergestellt werden.

Veränderungen in Entscheidungs-Praktiken gehen immer auch mit *Veränderungen von Kommunikationswegen, Zuständigkeiten und Kompetenzbereichen* einher. Die Inbetriebnahme der Hausarztpraxis hat zu einem *Ausbau von Kompetenzen* bei den MPAs geführt. Über den personellen Ausbau und der Ernennung einer weiteren leitenden MPA hat sich diese Berufsgruppe zum einen *stärker ausdifferenziert und spezialisiert*. Zum anderen haben sie *erweiterte Mitspracherechte und Kompetenzen* erhalten. In der Notfallpraxis erhielten sie einen grösseren Verantwortungsbereich als auf der ZNS, arbeiteten Hand in Hand mit den Hausärzten und führten diese in die sich laufend verändernden Entscheidungsprozesse ein. Die MPAs waren sowohl in der Kernwertschöpfung der ZNS als auch in jene der NFP involviert und waren *Mitglieder beider Systeme*. Sie konnten dadurch als wichtiges *Verbindungsglied* agieren, trugen zum Informationsaustausch zwischen diesen Organisationseinheiten bei und konnten den Patientenfluss zwischen ZNS und NFP koordinieren (S-15, S-16). Die Stabilisierung der Entscheidungs-Praktiken der ZNS, insbesondere der Triage und der Patientenaufnahme, war auf eine funktionierende Kollaboration zwischen ZNS und NFP angewiesen. Da die MPAs die fluktuierenden Hausärzte über Veränderungen in Entscheidungsprozessen informiert halten konnten, trug diese Berufsgruppe zur *Stabilisierung der von der ZNS definierten Triage- und Aufnahmeprozesse* bei (S-24). Allerdings wurde diese Berufsgruppe auch mit *viel Unsicherheit und Widersprüchlichkeiten* konfrontiert. Sie hatten *multiple Rollen*, waren Mitglieder in unterschiedlichen Systemen und waren

mehreren Vorgesetzten unterstellt. Die leitende MPA und das Management-Team mussten daher fortlaufend *Mitgliedschaftsrollen* klären und die spezifischen Erwartungen an die MPAs definieren. Letztendlich war die Berufsgruppe der MPA eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Kooperation zwischen der ZNS und dem städtischen Ärzteverein. Gleichzeitig zeigt ihre Doppelmitgliedschaft aber auch auf, wie *diffus Mitgliedschafts- und Erwartungsgrenzen* im organisationalen Kontext der ZNS waren.

Durch die Subsystembildung in der Umwelt veränderten sich nicht nur die Entscheidungs-Praxis der ZNS und einzelne Mitgliedschaftsrollen. Parallel dazu gerieten auch die *Systemgrenzen der ZNS* in Bewegung. Vor allem zu Beginn der Kollaboration zwischen der ZNS und dem städtischen Ärzteverein standen *die Systemgrenzen der ZNS erneut zur Disposition*: In gemeinsamen Aushandlungs- und Klärungsprozessen musste das Management-Team mit Entscheidungsträgern der NFP definiert werden, in welchem System welche Entscheidungen getroffen werden sollen und *welche Organisationseinheit welche Dienstleistungen* erbringt. Das temporäre Ergebnis dieser Klärungsprozesse wurde im Mai 2019 den Mitarbeitenden der ZNS vorgestellt:

> «Die Notfallpraxis hat ein kleines Labor, ein EKG, jene Hausärzte, die ein Sonographie-Gerät haben, machen auch Sonographien. Wundversorgung machen sie auch, aber keine chirurgischen Verletzungen an den Händen. Dies war ein Kompromiss mit unseren internen Handchirurgen. Was macht die Hausarztpraxis nicht? Nachkontrollen und Gipsen machen sie nicht. Das Röntgen bleibt bei uns [ZNS]. In der Notfallpraxis gibt es keine Röntgenanlage, aber die Hausärzte machen Indikation für das Röntgenbild [und geben der ZNS somit den Auftrag]» (TB-83).

Indem festgelegt wurde, *wer wann welche Entscheidungen* und Dienstleistungen erbringt, konnten sich die Organisationseinheiten ZNS und NFP voneinander abgrenzen und *systemeigene Entscheidungsprozesse* aufbauen bzw. bestehende Entscheidungs-Praktiken stabilisieren. Diese Festlegungen *veränderten sich aber dynamisch* über die Zeit. So wurden beispielsweise der Aufgabenbereich der NFP im Dezember 2019 temporär ausgeweitet und neu auch Nachkontrollen und ambulante Therapien angeboten, um die ZNS und das Spital zu entlasten (TB-100). Über die temporäre Ausweitung oder Einschränkung des Dienstleistungsangebot der ZNS und der NFP entschieden das Management-Team der ZNS und der Verwaltungsrat der NFP (TB-100). Bei diesen Entscheidungen war die Rolle des Chefarztes der ZNS entscheidend. Er war Mitglied beider Organisationen und versorgte beide Systeme mit relevanten Informationen aus ihren

jeweiligen Umwelten. In diversen Sitzungen wurde ausgehandelt, welche Organisationseinheit welche Dienstleistungen temporär verantwortet (TB-100).

Die *Grenze einer Organisation* ist *eng verknüpft mit ihrer Entscheidungs-Praxis* bzw. konstituieren sich Entscheidungs-Praxis und Grenze wechselseitig. Das Zustandekommen von kollektiven Entscheidungen ist auf Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen angewiesen, gleichzeitig werden durch kollektive Entscheidungs-Praktiken fortlaufend Grenzen produziert. Diese *wechselseitige Konstituierung von Grenzen und Entscheidungs-Praktiken* wird vor allem an der Triage ersichtlich. In der Triage wurde entschieden, welche Patienten dem *System ZNS* oder dem *System NFP* zugeteilt werden. Über den Triage-Entscheid wurden somit die *organisationalen Grenzen der ZNS und der NFP mitverfertigt,* denn durch Zuweisungen von Patientinnen an die ZNS *oder* an die Notfallpraxis konnte eine Differenz zwischen System und Umwelt hergestellt werden. Nach der Triage lag die weitere Organisation des Patientenprozesses von in der Notfallpraxis zu behandelnden Patienten nicht bei der ZNS, sondern bei der NFP. In diesem Sinne *bildeten sich Grenzen über Entscheidungsprozesse aus*, die in einem System Gültigkeit hatten, in der Umwelt des Systems allerdings nicht. So lag die Gestaltung des Patientenprozesses von in die Notfallpraxis triagierten Patienten laut dem Management-Team der ZNS nicht in ihrem Verantwortungsbereich. Als z.B. die ZNS mit einer Reklamation der Spitex bzgl. fehlender Ansprechpersonen in der NFP konfrontiert wurde, stellte sich das Management-Team auf den Standpunkt, dass der Notfall für die Bearbeitung dieser Reklamation nicht zuständig sei (TB-93). Die Gestaltung des Patientenprozesses der NFP wurde immer weniger auf den Kommunikationsplattformen des Management-Teams der ZNS gelöst.

Die ZNS versuchte zudem in der Aussenkommunikation die *organisationalen Grenzen zwischen ZNS und NFP* zu markieren. In einer Mitarbeiterschulung sagte ein Mitglied des Management-Teams zu den Pflegemitarbeitenden: «Trotz vieler Schnittstellen gehört die Notfallpraxis nicht zur ZNS. Sie könnte auch räumlich am Bahnhof sein, wie eine normale Permanence» (TB 84). Pflegefachpersonen versuchten in Patientengesprächen und bei der Patientenanmeldung zu verdeutlichen, dass die NFP nicht zur ZNS gehöre (S-24). Die *Herstellung von organisationalen Grenzen in der Aussenkommunikation* war für die ZNS wichtig: Da die ZNS die Entscheidungsprozesse und Behandlungsstandards der NFP nicht mitverantwortete, wollte sie auch *nicht als kommunikativer Adressat* für Reklamationen oder potenzielle Qualitätsprobleme verantwortlich gemacht werden. Da Pflegemitarbeitende dem Management-Team rückmeldeten, dass vielen Patienten und Zuweisern der Unterschied zwischen ZNS und NFP unklar sei, wurde die Grenze gegen aussen noch *stärker markiert*. Das Management-Team bat den städtischen Hausärzteverein

darum mittels eines Informationsblatts, die Öffentlichkeit gezielter über die spezifischen Dienstleistungen dieser Organisationseinheiten zu informieren (D-136). Es kann festgehalten werden, dass durch die *Ausdifferenzierung der Umwelt* die *Grenzen der ZNS in Bewegung* geraten. In der Folge musste zwischen der ZNS und ihrer Umwelt erneut geklärt werden, welche Entscheidungen im Patientenprozess durch die ZNS bearbeitet werden und welche durch die NFP. Diese Festlegungen waren *temporäre Übereinkünfte*. Über *kommunikative Praktiken*, wie die Betonung von organisationalen Grenzen gegen aussen, wurde versucht, Systemgrenzen zwischen der ZNS und der NFP herzustellen. Zudem bildeten sich die Grenzen zwischen der ZNS und der NFP auch über die *kommunikative Selektivität* aus: Die Gestaltung der Entscheidungsprozesse der NFP erfolgte nicht durch das Management-Team der ZNS.

Zusammenfassende Reflexion

So wie das System selbst, so wächst auch die Umwelt eines Systems über Grenzziehungsprozesse (Luhmann 1997). Die Komplexität der Umwelt der ZNS hat in dieser dritten Phase laufend zu genommen: Durch den *Aufbau einer Notfallpraxis (NFP)* und *einer Intermediate Care Unit (IMC)* sind neue Leistungseinheiten im Spital gebildet worden. Aus einer systemtheoretischen Perspektive kann gesagt werden, dass die ZNS auf die *erhöhte Komplexität der Umwelt mit einer Erhöhung der Komplexität im Innern* reagierte: Durch das neue Subsystem Hausarztpraxis mussten Entscheidungs-Praktiken weiterentwickelt und ausdifferenziert werden. Zudem konnte auch eine stärkere *Ausdifferenzierung und Spezialisierung von Berufsgruppen*, insbesondere des MPA-Teams, beobachtet werden. Durch die Spezialisierung des MPA-Teams und durch die Erweiterung ihrer Aufgabenbereiche konnte sichergestellt werden, dass der Komplexität der Umwelt adäquat begegnet werden konnte. Aufgrund ihrer *Doppelmitgliedschaft in der ZNS und in der NFP* konnten die MPAs den Informations- und Patientenfluss zwischen diesen beiden Systemen koordinieren und waren sowohl für Mitarbeiter der ZNS als auch für die temporären Mitglieder der Hausarztpraxis zentrale Ansprechperson.

Die gesteigerte Komplexität der Umwelt führte dazu, dass die *Entscheidungs-Praktiken* der Triage und der Patientenaufnahme *weiterentwickelt und stärker «programmiert» bzw. verfertigt* wurden. Um die ZNS vor einer Destabilisierung zu schützen und um ein Einbrechen der «regelbasierten Organisation» zu verhindern, musste in einem ersten Schritt die Triage stabilisiert werden: Jeder angemeldeten Patientin musste eine Triage-Kategorie zugeordnet werden. In Aushandlungsprozessen mit dem städtischen Hausärzteverein wurde die *Entscheidungsautonomie der ZNS über die Triage* «verteidigt» (TB-26). In einem zweiten Schritt wurde die Triage und die Patientenanmeldung adaptiert und die Option

ergänzt, dass angemeldete Patienten auf die Notfallpraxis triagiert werden können. Der Aufbau der Notfallpraxis und Grenzbildungsprozesse in der Umwelt haben sowohl zur *Stabilisierung als auch zur Destabilisierung der Entscheidungsprozesse* des Notfalls geführt.

An diesen Ausführungen wird deutlich, wie sich der *Aufbau von kollektiven Entscheidungs-Praktiken und der Aufbau von Systemgrenzen* wechselseitig bedingen: Durch eine funktionierende Triage und der Zuteilung von Patienten in das System der ZNS oder in das System der NFP wurden Grenzen *verfertigt und produziert.* Entscheidungsprozesse, die in einem System Gültigkeit haben, nicht aber in ihrer Umwelt, markieren die Grenze zwischen System und Umwelt. Zudem hat das Management-Team *Systemgrenzen* in der *Aussenkommunikation* bewusst betont und immer wieder hergestellt: Die ZNS wollte nicht von der Umwelt als *kommunikative Ansprechperson* für die Behandlungsprozesse der NFP wahrgenommen werden. In ihrer Funktion als Grenzstelle regulierte das Management-Team den Umweltkontakt und definierte zusammen mit Entscheidungsträgern der Notfallpraxis, welche Dienstleistungen von der ZNS und welche von der Umwelt bearbeitet werden. Durch Grenzbildungsprozesse in der Umwelt geriet nicht nur die eigene Entscheidungs-Praxis, sondern auch die Grenze der ZNS in Bewegung: Der Versuch der Stabilisierung der «regelbasierten Organisation» bezog sich somit sowohl gegen Innen und auf die Entscheidungs-Praxis als auch gegen aussen auf den Aufbau von Systemgrenzen. Durch die Gestaltungsarbeit der Management-Verantwortlichen wurde die Entscheidungs-Praxis und die Grenze der ZNS dynamisch und über Prozesse der Öffnung und Schliessung weiterentwickelt.

8.3.3 Zentrale Erkenntnisse der Entwicklungsphase 3

In diesem Kapitel werden die zentralen Erkenntnisse der dritten Entwicklungsphase dargestellt. Es wird erläutert, wie sich die Notfallstation über Grenzziehungsprozesse ausdifferenzierte und ihre Entscheidungs-Praxis dynamisch stabilisierte. Dabei wird auf die im Kapitel 5.10 hergeleiteten *Bezugspunkte von Grenzziehungsprozessen* eingegangen.

In dieser dritten Entwicklungsphase war die *Stabilisierung der Entscheidungs-Praxis* die zentrale Herausforderung. Die Entscheidungs-Praxis war in *ständiger Bewegung* und wurde kontinuierlich adaptiert. Für das Gelingen der Wertschöpfung der ZNS brauchte es aber ein bestimmtes *Mass an Erwartungssicherheiten* und ein *gemeinsames Verständnis*, wie *in der Regel* entschieden wird. Deshalb musste die *Entscheidungs-Praxis dynamisch stabilisiert* werden: Wurden Entscheidungs-Praktiken verändert und Erwartungsräume destabilisiert, mussten diese unter Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen erneut

kollektiviert werden. An den Beispielen der Triage und des Koordinationsupdates wurde diese dynamische Stabilisierung von Entscheidungs-Praktiken demonstriert. Die Ausführungen haben gezeigt, dass die *Weiterentwicklung der Entscheidungs-Praxis in Prozessen der Öffnung und Schliessung* erfolgte: Sowohl durch Veränderungen in vor- oder nachgelagerten Entscheidungs-Praktiken, durch ihre Reinterpretationen als auch durch ihre Mobilisierung in einem sich verändernden organisationalen Kontext kam es zu einer laufenden Anpassung von Entscheidungs-Praktiken. Diese Veränderung wurde sowohl *gezielt durch einzelne Akteure* hervorgerufen, indem sie von Arbeitsgruppen überprüft und neu definiert wurden. Entscheidungs-Praktiken veränderten sich aber auch *ungeplant und unvorhergesehen*, beispielsweise durch ihre Mobilisierung über die Zeit und innerhalb unterschiedlicher Akteurskonstellationen. Auf diese *Öffnung von Entscheidungs-Praktiken und Erwartungsräumen* folgte zugleich eine erneute *Schliessung und Kollektivierung von Entscheidungsprozessen*, z.B. im Rahmen von Schulungen, Informationsveranstaltungen oder Coachinggesprächen. Diese Überlegungen zeigen, dass die Entscheidungs-Praxis einer Organisation eine *temporäre Errungenschaft* ist. Gerade weil eine Entscheidungs-Praktik ein temporär gültiges «commitment to action» (Langley, Mintzberg et al. 1995: 261) darstellt, muss die Gestaltung von Erwartungsräumen, deren Öffnung und Schliessung gezielt bearbeitet werden. Dies war die Aufgabe der Management-Verantwortlichen der ZNS: Das Management-Team stellte sicher, dass destabilisierte Erwartungsräume laufend kollektiviert werden. Es wurden *Kommunikationsplattformen* bereitgestellt sowie *Schulungen und Informationsveranstaltungen* durchgeführt, damit Entscheidungs-Praktiken bei laufendem Betrieb stärker in den Arbeitsalltag etablieren werden konnten. Das Management-Team beobachtete, ob sich eine Kollektivierung von Entscheidungs-Praktiken einstellt oder ob Entscheidungs-Praktiken erneut adaptiert werden müssen, um ihre Akzeptanz zu erhöhen. Die Funktionalität der Entscheidungs-Praxis wurde überprüft und reflektiert. Es bedurfte einer laufenden *Selbstbeobachtung des Systems durch das System*, um Entscheidungsprozesse zu gestalten, sie für gewisse Impulse zu öffnen und sie gleichzeitig wieder zu schliessen, um kollektives Handeln und Entscheiden wahrscheinlicher zu machen.

Die Stabilisierung von Strukturen und Entscheidungsprozessen konnte unter anderem durch eine *aktive Gestaltung der Mitgliedschaftsrolle* verstärkt werden. Aufgrund von Dienstrotationen, der erschwerten kommunikativen Erreichbarkeit und den mehrfachen Verantwortlichkeiten des Personals blieb insbesondere die *ärztliche Mitgliedschaftsrolle* lange unterspezifiziert. Das Management-Team identifizierte das «Management der Mitgliedschaft» (Kühl 2010: 18) im Verlauf der dritten Entwicklungsphase als zentralen

Gestaltungsbereich. Die Mitgliedschaftsrolle des ärztlichen Personals wurde *stärker formalisiert und eingeschränkt:* Wechselseitige *Verhaltenserwartungen* wurden geklärt und *Mitgliedschaftsregeln* adressiert. So konnten Pflegemitarbeitende vermehrt mit der physischen Präsenz von Oberärzten auf der ZNS rechnen. Diese Formalisierung der Mitgliedschaftsrolle *begünstigte die Stabilisierung personenunabhängiger Entscheidungen*, da sich Berufsgruppen wechselseitig Verhaltensmustern unterstellen konnten und Entscheidungsprozesse erwartbarer wurden. Diese vom Management-Team vorangetriebenen Klärungsprozesse konnten nicht vollständig abgeschlossen werden: Die Mitgliedschaftsrolle musste aufgrund der hohen Fluktuation des Personals immer wieder neu geklärt und ausgehandelt werden.

Nicht nur die Entscheidungs-Praxis und Mitgliedschaftsrolle, sondern auch die *Umwelt der ZNS* war in Bewegung. Die Komplexität der Umwelt nahm laufend zu. Über den *Aufbau neuer Leistungseinheiten* wie der hausärztlichen Notfallpraxis differenzierte sich die Umwelt strukturell aus. Die *Erhöhung der Komplexität in der Umwelt* führte zu einer *Erhöhung der systemeigenen Komplexität der ZNS*, die ihre *Strukturen, Entscheidungsprozesse* und *interne Subsysteme* ebenfalls ausdifferenzierte. Diese Ausdifferenzierung von Entscheidungsprogrammen konnte bei der Triage und Patientenanmeldung beobachtet werden. In einem ersten Schritt wurde *die Entscheidungs-Praktik der Triage stabilisiert:* Mit dem Nachweis einer personenunabhängigen und bei allen Patienten angewendeten Triage versuchte die ZNS die *Entscheidungshoheit über diesen Entscheidungsprozess zu verteidigen* und die *eigene Operationslogik* aufrechtzuerhalten. In einem zweiten Schritt wurden die Triage und Patientenanmeldung selektiv geöffnet und weiterentwickelt: Die Option, dass Patienten auf dem Notfall oder auf der Notfallpraxis behandelt werden, musste in diesen Entscheidungsprozessen berücksichtigt werden. Die veränderte Version der Triage und Patientenanmeldung musste wiederum im Arbeitsalltag eingeübt werden. Diese Adaption in Entscheidungs-Praktiken veränderte *die Arbeitsteilung zwischen Berufsgruppen* und führte insbesondere im Pflegeteam zu einer *stärkeren Spezialisierung*. Damit der Patientenfluss zwischen den zwei Systemen ZNS und NFP effizient koordiniert werden konnte, wurden die Aufgabenbereiche und Kompetenzen des MPA-Teams ausgeweitet: Sie wurden zur *zentralen kommunikativen Anlaufstelle* für den Informationsaustausch zwischen der ZNS und der NFP. Mit ihrer Doppelmitgliedschaft konnten sie den Patientenfluss koordinieren und trugen zur *Stabilisierung von Entscheidungs-Praktiken an den Schnittstellen dieser Subsysteme* bei.

Über die Ausdifferenzierung der Entscheidungs-Praktiken der Patientenanmeldung und Triage wurden *gleichzeitig auch die Systemgrenzen mitverfertigt*: Indem in der Triage entschieden wurde, welcher Patient in welchem System behandelt wird, konnte die Differenz zwischen ZNS und ihrer Umwelt über die eigenen Entscheidungsprozesse reproduziert werden. Die *Entscheidungs-Praxis und die Grenze des Systems konstituierten sich somit wechselseitig*: Indem Entscheidungsprozesse und Strukturen etabliert wurden, die in einem System Gültigkeit hatten, nicht aber in dessen Umwelt, wurde die Systemgrenze von aussen beobachtbar. Gleichzeitig entstand durch die erkennbare Differenz zwischen System und Umwelt wechselseitige Erwartungsräume und die Voraussetzung für personenunabhängiges Entscheiden: Es konnte wechselseitig unterstellt werden, wie wann und von welchem System Entscheidungen bearbeitet werden. Die Frage, welche Entscheidungsprozesse von der ZNS oder von der NFP erbracht werden, war aber *Gegenstand von kommunikativen Aushandlungsprozessen* und konnte nicht einmalig festgelegt werden.

Abschliessend kann für dieses Kapitel festgehalten werden, dass das Management-Team *multiple Grenzziehungsprozesse zu gestalten hatte*: Sowohl die *Entscheidungs-Praxis* musste dynamisch stabilisiert als auch *Mitgliedschaftsrollen* fortlaufend geklärt werden, damit kollektives Entscheiden und Handeln auf dem Notfall wahrscheinlicher wurde. Parallel dazu galt es, das Verhältnis zwischen System und Umwelt zu justieren: Die Frage, welche Entscheidungen in welchem System erfolgen sollen, musste immer wieder bearbeitet und *Systemgrenzen kommunikativ markiert* werden. Über diese multiplen und parallel stattfindenden Grenzziehungsprozesse konnte sich die ZNS weiterentwickeln sowie ihre *Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit* sichern.

Teil E: Erkenntnisse und Reflexion

9. Empirische und praxisrelevante Erkenntnisse der Fallstudie

Im folgenden Kapitel wird die Fallstudie im Hinblick auf die Forschungsfrage, wie in einer pluralistischen Expertenorganisation Grenzen als Voraussetzung für den Aufbau einer Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungs-Praxis entstehen, abschliessend diskutiert. Aus der empirischen Analyse werden im Sinne einer «theoretischen Generalisierung» (Feldman & Orlikowski 2011) allgemeine Erkenntnisse für den Aufbau von Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit in pluralistischen Expertenorganisationen abgeleitet. Im Kapitel 9.1 wird gezeigt, wie Grenzen entstehen: Sie entwickeln und verfertigen sich fortlaufend über die strukturelle Ausdifferenzierung eines Systems. Grenzen können gleichzeitig aber auch reflexiv gestaltet und bearbeitet werden. Im Kapitel 9.2 wird erläutert, dass Expertenorganisationen weder vollständig offen noch geschlossen sind: Ihre Entscheidungsfähigkeit ist vielmehr auf eine spezifische kommunikative Selektivität angewiesen sowie auf Grenzstellen, die den Umweltkontakt regulieren. Die Entscheidungslegitimität von Grenzstellen muss dabei immer wieder hergestellt werden, wie im Kapitel 9.3 erläutert wird. Schliesslich wird im Kapitel 9.4 thematisiert, dass sich Entscheidungs-Praktiken nicht nur über Grenzen, sondern auch in ihrem Zusammenspiel mit anderen Entscheidungs-Praktiken stabilisieren lassen.

9.1 Expertenorganisationen sind auf Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen angewiesen

Die Entwicklung der Notfallzentrale kann als eine Entwicklung der *fortlaufenden strukturellen Ausdifferenzierung* eines sozialen Systems interpretiert werden. In einem mehrjährigen Transformationsprozess wurden Strukturen sowie eine Entscheidungs-Praxis aufgebaut und dynamisch stabilisiert. Analog zur zunehmenden Komplexität der Entscheidungs-Praxis wurde auch die Management-Praxis ausdifferenziert (Ashby 1956). Zu Beginn des analysierten Entwicklungsprozesses war *kollektives und routinisiertes Entscheiden auf dem Notfall erschwert* und jeder machte «was er will, wie er will und wann er will» (I-PF-7). Die Entscheidungsprozesse des Notfalls wurden von externen Akteuren bestimmt, die auf die zeitlichen, personellen und infrastrukturellen Ressourcen des Notfalls zugreifen konnten. Mit der Formierung des interdisziplinären Management-Teams entstand eine *Entscheidungsinstanz* mit eigenen Kommunikationsplattformen und Management-Praktiken, die begann, den Umweltkontakt nach systemspezifischen Kriterien zu regulieren. Nach und nach bildeten sich Systemgrenzen und *wechselseitig unterstellbare Erwartungsräume* aus: Der Notfall konnte nicht mehr für alle Entscheidungen gleichermassen verantwortlich gemacht und Komplexität des Zentrumsspitals nicht

beliebig in den Notfall verschoben werden. Der Aufbau von «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) und der Aufbau eines *Netzes regelbasierter Entscheidungs-Praktiken* konstituierten sich wechselseitig. Gegen Ende des analysierten Transformationsprozesses war kollektives Entscheiden wahrscheinlicher.

Ohne *bewährte und kollektiv geteilte Formen der Entscheidungsfindung* wären pluralistische Expertenorganisationen kaum überlebensfähig: Für die Erbringung einer attraktiven Kernwertschöpfung müssen sie in interdisziplinären und interprofessionellen Kontexten zu schnellen und tragfähigen Entscheidungen gelangen sowie Komplexität fortlaufend zu «commitment to action» (Langley, Mintzberg et al. 1995: 261) verarbeiten. Die Notwendigkeit eines Repertoires von kollektiven Entscheidungs-Praktiken steht im Gegensatz zur *oftmals eingeforderten individuellen Entscheidungsautonomie* von Healthcare Professionals und Experten. Dieser Autonomieanspruch kann zu einer hohen kollektiven Ungewissheit führen, wie Entscheidungen in einem System *im Regelfall* erarbeitet werden. Kollektives Entscheiden und Handeln ist in Expertenorganisationen daher fragil und voraussetzungsvoll. Ob es einer Expertenorganisation gelingt, kollektiv akzeptierte und wirksame Entscheidungs-Praktiken aufzubauen, ist Ausdruck ihrer *organisationalen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit* (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 177). Aus der empirischen Analyse lassen sich wichtige Erkenntnisse ableiten, wie eine Expertenorganisation sukzessive eine Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit und eigene Entscheidungsprozesse aufbauen kann: Die Entwicklung der Entscheidungs-Praxis erfolgte im analysierten Fallbeispiel über ein *kontinuierliches «Hin und Her» zwischen der Herstellung und Destabilisierung von Erwartungsräumen und Grenzen*. Nur wenn sich Berufsgruppen und Mitarbeitende unterschiedlicher Organisationseinheiten unterstellen können, *wer wann wie welche Entscheidungen* trifft, können komplexe Handlungsabfolgen und personenunabhängige Entscheidungsprozesse aufgebaut werden. Die Entscheidungsfähigkeit von Expertenorganisationen ist auf ein *Mindestmass an Erwartungssicherheit* angewiesen, sodass sich Organisationsmitglieder die Ausführung bestimmter Praktiken wechselseitig unterstellen können. Am Beispiel der MTE-Koje konnte dies beispielhaft demonstriert werden: Das ärztliche und pflegerische Personal konnte sich nicht gegenseitig unterstellen, wie, wann und wo die medizinische Team-Evaluation praktiziert wird. Am Beispiel der Triage und der Patientenanmeldung konnte hingegen gezeigt werden, wie Entscheidungs-Praktiken über die Zeit «*programmiert» bzw. verfertigt* und wechselseitige Erwartungsräume aufgebaut werden konnten. Diese Beispiele haben auch gezeigt, dass einmal etablierte «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) dynamisch stabilisiert wurden. In gemeinsamen Klärungsprozessen

wurde ein kollektives Verständnis veränderter Entscheidungs-Praktiken aufgebaut und Erwartungssicherheiten wieder hergestellt. Auf die Öffnung von Grenzen und Erwartungsräumen folgte eine stärkere Schliessung, damit kollektives Entscheiden möglich wird. Diese Prozesse der Öffnung und Schliessung, der Stabilisierung und Destabilisierung von Erwartungsräumen wurden *vom System beobachtet*. Es wurde nach eigenen Selektionskriterien entschieden, ob Irritationen der Umwelt berücksichtigt werden oder nicht, Erwartungsräume geöffnet werden oder nicht. Für die Aufrechterhaltung der *organisationalen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit* muss daher ein System laufend beobachten, ob wechselseitig unterstellbare Erwartungen *über einen bestimmten Zeitraum stabil gehalten werden* können und sich *Erwartungsräume kollektivieren*.

Wenn pluralistische Expertenorganisationen auf Grenzen der Erwartbarkeiten von Handlungen angewiesen sind, stellt sich die zentrale Frage, wie sich Grenzen entwickeln und bearbeiten lassen. Die empirische Analyse der Notfallzentrale hat gezeigt, dass Grenzen sowohl ein *evolutionäres Produkt des Systems* sind als auch durch *reflexive Gestaltung* hervorgebracht werden. Grenzen können als evolutionäres Produkt angesehen werden, weil sich die System-Umwelt-Differenz immer deutlicher beobachten lässt, je mehr sich ein System strukturell ausdifferenziert und eigene Entscheidungsprozesse reproduziert. Gleichzeitig kann aus einer systemtheoretischen Perspektive aber auch gesagt werden, dass Grenzziehungsprozesse an einem Ort im System *beobachtet, gestaltet* und *reguliert* werden müssen (Luhmann 2000: 222ff), denn auch Strukturen und Entscheidungsprogramme fallen in einer Organisation nicht einfach vom Himmel. Über sie muss fortlaufend entschieden werden (Luhmann 2000: 225). Die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit von Expertenorganisationen ist somit auf die *laufende Verfertigung sowie reflexive Gestaltung* von multiplen Grenzziehungsprozessen angewiesen. In den nächsten Kapiteln werden diese Erkenntnisse im Detail ausgeführt.

9.1.1 Grenzen werden durch die Ausdifferenzierung des Systems verfertigt

Ohne Grenzen könnte eine Organisation nicht existieren und keine eigenen Entscheidungsprozesse aufbauen (Schreyögg & Sydow 2010: 1253). Dabei stellt sich aber eine *Henne-Ei-Problematik*: Kollektive und routinisierte Entscheidungs-Praktiken sind auf stabile Erwartungsräume und Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen angewiesen; diese Grenzen entstehen aber erst durch konkrete Entscheidungs-Praktiken sowie durch die «Programmierung» bzw. Gestaltung von Entscheidungen. Aus der hier entwickelten Theorieperspektive liegen Grenzen nicht einfach vor, sondern werden durch alltägliche Praktiken, kommunikative Zuschreibungs- und Aushandlungsprozesse *laufend verfertigt und hervorgebracht* (Hernes 2004; Luhmann 2000: 225; Nicolini 2012). Grenzen sind aber

gleichzeitig die Voraussetzung für den Aufbau einer organisationalen Entscheidungs-Praxis und definieren wechselseitig unterstellbare Erwartungsräume.

Die prozessuale Analyse des Einzelfalls hat gezeigt, dass Grenzen das *Produkt der strukturellen Ausdifferenzierung des Systems* sind. Je stärker die ZNS eigene Entscheidungs-Praktiken, Management-Praktiken und eigene Kommunikationsplattformen aufbaute, desto deutlicher konnte eine System-Umwelt-Differenz beobachtet werden, und desto deutlicher konnten Entscheidungen einem System bzw. einem Repräsentanten des Systems zugeschrieben werden. Insbesondere durch die Ausdifferenzierung der Management-Praxis wurde die Systemgrenze *laufend kommunikativ markiert und hervorgebracht*. Das Management-Team wurde als kommunikativer «Briefkasten» wahrgenommen, wo Informationen *nach einem erwartbaren Muster* selegiert und zu Entscheidungen verarbeitet wurden. Über die Professionalisierung und Ausdifferenzierung der Management-Praxis wurde die Art und Weise, wie die ZNS Entscheidungen prozessiert, für die Umwelt *erwartbarer* und Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen entstanden. Der Notfall entwickelte mit der Zeit ein *spezifisches Muster und Vorgehen*, wie Entscheidungsprozesse typischerweise «programmiert» bzw. verfertigt wurden (siehe Kapitel 8.2.2): Interdisziplinäre Projektteams erhielten konkrete Arbeitsaufträge und erarbeiteten schriftliche Vorschläge, die an Testtagen pilotiert und im Arbeitsalltag laufend erprobt wurden. Schliesslich wurden die erarbeiteten Konzepte durch das Management-Team offiziell verabschiedet (I-PF-17, TB-19) sowie Informations- und Schulungsveranstaltungen organisiert. Dieser Ansatz wurde von Mitarbeitenden als «experimenteller Ansatz» (I-C-8, I-PF-19, TB-49) beschrieben. Folgenreich war dabei, dass sich ein *systemspezifisches Muster etablierte*, wie im Notfall Entscheidungs-Praktiken gestaltet und verfertigt wurden. Dieser «experimentelle Ansatz» wurde sowohl innerhalb als auch ausserhalb der ZNS als «notfallspezifischer» Ansatz wahrgenommen. Durch diese systemspezifischen Muster und dem Aufbau eines Netzes von kollektiven Entscheidungs-Praktiken konnte sich der Notfall individualisieren und sich von seiner Umwelten abgrenzen. Entscheidungen konnten dem System «Notfall» (und nicht seiner Umwelt) zugeschrieben werden. Systemgrenzen wurden dadurch fortlaufend als «Nebenprodukt» der strukturellen Ausdifferenzierung des Systems mitproduziert.

Dass Grenzen im Arbeitsalltag fortlaufend produziert und durch die Entscheidungs-Praxis eines Systems verfertigt werden, kann an der Triage und der Patientenmeldung erläutert werden: In der Triage wurde entschieden, ob Patienten auf dem *System ZNS* oder auf der Hausärztlichen Notfallpraxis (NFP) zu behandeln sind. Über den Triage-Entscheid wurden die *organisationalen Grenzen zwischen der ZNS und der NFP mitverfertigt.* An die Triage

anschliessende Entscheidungsprozesse fielen entweder in den Zuständigkeitsbereich der ZNS oder der NFP und konnten in den jeweiligen Systemen auf systemspezifische Weise bearbeitet werden. Das Personal der ZNS und der NFP konnte sich wechselseitig unterstellen, wie Entscheidungsprozesse in der ZNS und der NFP erfolgen. Das Management-Team der ZNS fühlte sich mit der Zeit nicht mehr für die Gestaltung des Patientenprozesses von in die Notfallpraxis triagierten Patienten zuständig. Zwar agierte das Management-Team teilweise als «kommunikativer Briefkasten» und nahm Feedbacks von Patientinnen und Mitarbeitenden entgegen, diese wurden dann aber zur konkreten Bearbeitung an das Management-Team der NFP weitergeleitet und wurden nicht auf den Kommunikationsplattformen der ZNS diskutiert. Auch durch dieses *Agenda Setting* und über Entscheidungen, welche Themen in welchem System zu bearbeiten sind, differenzierte sich das System strukturell aus und verfertigte seine Organisationsgrenzen.

Auch durch die «*Programmierung» der Patientenanmeldung* wurde die Differenz zwischen Notfall und seiner Umwelt laufend verfertigt: Indem Aufgabenbereiche, Kompetenzen und formale Kommunikationswege festgelegt wurden, konnten sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Notfalls Erwartungsräume aufgebaut werden. Wechselseitig konnte unterstellt werden, welcher Akteur im Spital für die Anmeldung von Notfallpatienten zuständig ist und wie diese Entscheidungsprozesse konkret prozessiert werden. Auch wenn Entscheidungs-Praktiken auf dem Notfall nicht immer vollständig kollektiviert waren, so konnte über den Aufbau von personenunabhängigen Entscheidungs-Praktiken, der Formalisierung von Kommunikationswegen und internen Zuständigkeiten sukzessive Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen aufgebaut werden. Indem Entscheidungs-Praktiken wie die Patientenanmeldung «programmiert» bzw. verfertigt wurden, erhielten Berufsgruppen klarere Verantwortlichkeiten und Subsysteme bildeten sich aus. Durch die *Bildung von Subsystemen* innerhalb des Notfalls musste nicht mehr «jeder mit jedem immer über alles kommunizieren» (Luhmann 2019: 126). Die *strukturelle Ausdifferenzierung des Notfalls* über die «Programmierung» bzw. Gestaltung von Entscheidungs-Praktiken, der Bildung von Subsystemen und der Formalisierung der «Innenseite der Organisationsgrenze» (Luhmann 2000: 239) führte dazu, dass sich Mitarbeitende des Notfalls wechselseitig unterstellen konnten, wie Entscheidungen entlang des Behandlungsprozesses hervorgebracht wurden, und dadurch verfertigten sich Grenzen.

Gleichzeitig war die Kollektivierung von Entscheidungs-Praktiken aber auch auf vorhandene Erwartungsräume und Grenzen angewiesen. Die Beispiele der MTE-Koje sowie des Koordinationsupdates haben gezeigt, dass Entscheidungs-Praktiken nicht kollektiviert und stabilisiert werden konnten, da Erwartungsräume immer wieder erodierten.

Mitgliedschaftsrollen waren unterspezifiziert oder Berufsgruppen konnten sich nicht wechselseitig unterstellen, wann und wie eine Entscheidungs-Praxis zu mobilisieren ist. Das Scheitern der MTE-Koje und die Herausforderungen bei der Umsetzung des Koordinationsupdates haben demonstriert, dass ein *Mindestmass an Erwartungssicherheit* vorliegen muss, damit kollektives Entscheiden und personenunabhängige Strukturen aufgebaut werden können. Vor allem in einer frühen Entwicklungsphase des Notfalls war kollektives Entscheiden erschwert: Der Umweltkontakt wurde nicht systematisch reguliert, und Komplexität des Spitals konnte beliebig in den Notfall verschoben werden. Expertenorganisationen sind somit auf Strukturen und Grenzen angewiesen; diese werden aber erst laufend produziert und verfertigt. Diese *wechselseitige Konstituierung von Strukturen und Grenzen* wird in der untenstehenden Abbildung 10 dargestellt:

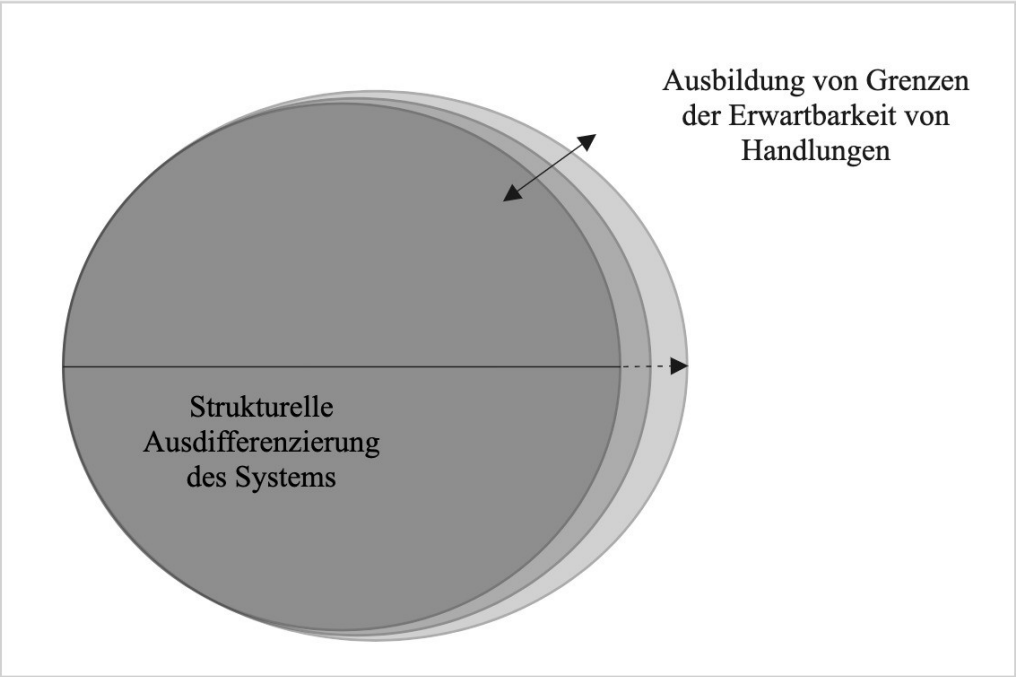

Abbildung 10: Die wechselseitige Konstituierung von Strukturen und Grenzen

Für pluralistische Expertenorganisationen stellt sich die Herausforderung, dass *Grenzen, Strukturen sowie konkrete Entscheidungs-Praktiken parallel zu entwickeln* und zu gestalten sind. Wenn sich ein System strukturell ausdifferenziert, werden dabei auch die Grenzen und die System-Umwelt-Differenz *verdeckt und für Organisationsmitglieder kaum spür- und beobachtbar* mitverfertigt. Ob sich dabei Erwartungsräume stabilisieren lassen und Grenzen für einen bestimmten Zeitraum stabil gehalten werden können, sodass sich personenunabhängige Strukturen etablieren, muss *vom System beobachtet und reflektiert* werden. Die empirische Analyse hat gezeigt, dass sowohl die Entscheidungs-Praxis als

auch Systemgrenzen *fortlaufend dynamisch zu stabilisieren sind*. Wenn Strukturen in einem System unterspezifiziert und kollektives Entscheiden erschwert sind, müssen über kommunikative Praktiken und Erwartungsklärungsprozessen Grenzen aufgebaut werden, damit Komplexität gebündelt, intern kontrolliert und verarbeitet werden kann. Für pluralistische Expertenorganisationen kann daraus die Erkenntnis abgeleitet werden, dass sich Grenzen als Voraussetzung von Strukturen erst *über die Zeit entwickeln* und das «Nebenprodukt» des Prozessierens von Entscheidungen sind. Die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit kann sich *erst über die Zeit entwickeln* und kann *über die Gestaltung von Entscheidungsprozessen immer wieder erarbeitet werden*. Die Entscheidungsfähigkeit ist Ausdruck davon, ob es einer Organisation gelingt, Strukturen und Grenzen parallel und dynamisch zu stabilisieren und immer wieder förderliche Voraussetzung zu schaffen, damit kollektives Handeln und Entscheiden wahrscheinlich wird.

9.1.2 Grenzen können kollektiv und reflexiv gestaltet werden

Grenzen sind nicht nur das evolutionäre «Nebenprodukt» eines Systems und seiner strukturellen Ausdifferenzierung. Obwohl einzelne Organisationsmitglieder keinen kausalen Einfluss auf die Entwicklung eines Systems und auf die laufende Verfertigung von Strukturen und Grenzen haben, so können die Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung einer Organisation dennoch *beobachtet, reflexiv gestaltet und bearbeitet* werden. Es können förderliche Bedingungen geschaffen werden, damit sich Erwartungsräume kollektivieren. Dabei ist zu beachten, dass Grenzziehungsprozesse nie abgeschlossen und in einer Expertenorganisation stets *multiple Grenzen* zu gestalten sind, denn Organisationen haben mehrere Umwelten, und auch ihre Teilsysteme haben sich gegenseitig zur Umwelt (Arndt 2007; Luhmann 1984; Paulsen & Hernes 2003). Die Notfallstation konnte deshalb eine Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit aufbauen, weil sie ihre Systemgrenzen, die verschiedenen Grenzen ihrer Teilsysteme und die Beziehungen zu ihren Umwelten dynamisch gestaltet, Mitgliedschaftserwartungen laufend klärte und die kommunikative Selektivität des Systems über Interpretations- und Sensemakingprozesse überprüfte und reflektierte.

Im Kapitel 5.10 wurde aus der bestehenden systemtheoretischen Literatur hergeleitet, *worauf* sich diese Gestaltungsarbeit von Grenzen konkret beziehen kann und was ihr Gegenstand ist: Grenzen werden gestaltet, indem sich eine Organisation *erstens* selektiv für bestimmte *Informationen* öffnet oder schliesst, Umweltirritationen zugelassen oder das System vor Irritationen geschützt wird. *Zweitens* kann über Entscheidungsprämissen entschieden werden (Luhmann 2000: 225) und die Entscheidungs-Praxis «programmiert» bzw. verfertigt oder angepasst werden, was zur Herstellung von Erwartungssicherheit oder

zur Destabilisierung bestehender Erwartungsräume führt. *Drittens* können die *Grenzen von Teilsystemen* wie Teams oder Berufsgruppen gestaltet werden und somit die Erwartungen der Umwelt spezifischer adressiert und Komplexität in Teilsystemen gebündelt werden. *Viertens* können Grenzen über Mitgliedschaftsrollen gestaltet werden, Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten von Mitgliedern gezielt eingeschränkt oder ausgeweitet werden. In allen drei analysierten Entwicklungsphasen wurden *Grenzen über diese vier Bezugspunkte reflexiv gestaltet* und somit die Voraussetzung, dass kollektives Entscheiden und Handeln möglich wird, immer wieder hergestellt. Um diese vier Bezugspunkte von Grenzen (Umgang mit Informationen, Entscheidungsprämissen und Entscheidungs-Praxis, interne Ausdifferenzierung und Mitgliedschaftsrollen) reflexiv gestalten zu können, sind Organisationen auf *förderliche Kommunikationsbedingungen* angewiesen, denn nur in der Kommunikation kann sich eine Organisation selbst beobachten und die Wirkungen von Entscheidungen sowie die Funktionalität von Strukturen thematisieren (Luhmann 1984: 601–616).

Folgende *förderlichen Bedingungen* konnten in der analysierten Notfallstation beobachtet werden, die dazu beigetragen, dass die sich einspielende Entscheidungs-Praxis auf regelmässige Basis beobachtet und Grenzen reflexiv gestaltet werden konnten:

- **Vielzahl an Kommunikationsplattformen** mit jeweils unterschiedlichen Zielsetzungen (siehe Tabelle 8): Über die zahlreichen Teamsitzungen, berufsgruppenspezifischen Schulungen, Arbeitsgruppen, Learning Journeys, Mitarbeiterworkshops etc. konnte die Funktionalität von Strukturen und Entscheidungs-Praktiken überprüft, kollektiviert oder angepasst werden. Auch konnte das Management-Team über diese Plattformen Informationen generieren, ob sich Grenzen stabilisieren oder welche Erwartungsgrenzen noch stärker formalisiert werden müssen.
- **Professionalisierung der Management-Praxis:** Über regelmässige Kommunikationsplattformen, insbesondere der zweiwöchigen Leitungskonferenz und Strategie-Retraiten sowie über kommunikative Praktiken wie Agenda Setting, der Einführung von Traktanden- und Pendenzlisten, Antragsformulare für Mitarbeitende, interne Regeln hinsichtlich der Bearbeitung und Selektion von Informationen und dank kollektiven Sensemakingprozessen konnten tragfähige und effiziente Entscheidungen über Entscheidungsprämissen (Luhmann 2000: 225) hervorgebracht werden. Die Professionalisierung und Ausdifferenzierung der Management-Praxis machte es möglich, Strukturen aufzubauen und anzupassen sowie die Komplexität des Systems handhabbar zu machen (Ashby 1956).

- **Kollektiv verantwortete Systemführung und berufsgruppenspezifische Fach- und Personalführung:** Mit der Zeit wurde die Systemführung der ZNS nicht mehr von einer einzelnen Person, sondern von einem mehrköpfigen, interdisziplinären Management-Team gemeinschaftlich verantwortet. Übergeordnete Themen wie Ressourcenallokation, die Rolle der ZNS im Zentrumsspital und der Aufbau von Strukturen wurden kollektiv bearbeitet. Dies ermöglichte eine breite Verankerung und Legitimität von Entscheidungen in der interdisziplinären Notfallstation und im Spital. Die *Personal- und Fachführung* der unterschiedlichen Berufsgruppen oblag hingegen immer mehr einzelnen Vertretern des Management-Teams und wurde in die entsprechenden Disziplinen aufgeteilt (siehe Abbildung 8). Dies ermöglichte effizientes und aufgabenzentriertes Entscheiden im Management-Team und in der Organisation insgesamt.
- **«Instrumente» für die laufende Beobachtung des Systems durch das System:** Nicht nur über Kommunikationsplattformen, sondern auch über die Einführung von Kennzahlen- und Reportingsystemen (siehe Kapitel 8.2.3) sowie durch die Beteiligung des Management-Teams in der Kernwertschöpfung der Notfallzentrale konnte das System seine Strukturen und die sich einspielenden Erwartungsgrenzen beobachten und reflektieren. Weil Grenzziehungsprozesse nie abgeschlossen und sich Erwartungsräume immer in Bewegung befinden, braucht es «Instrumente», um das System *laufend beobachten* zu können.

Diese Ausführungen zeigen, dass die reflexive Gestaltung von Grenzen, der Aufbau von Entscheidungs-Praktiken und die Sicherung der organisationalen Entscheidungsfähigkeit *über die Kommunikation selbst erfolgt*. Grenzen, verstanden als Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen (Luhmann 1999: 60), sind *das Resultat kommunikativer Aushandlungs-, Zuschreibungs- und Deutungsprozessen* und können selbst nur über *Metakommunikation* beobachtet und weiterentwickelt werden (Vogd 2005: 53). Denn «[…] wie alle Entscheidungen in Organisationen gewinnen auch Entscheidungsprämissen nur als Kommunikationen Realität» (Luhmann 2000: 258). Die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit von pluralistischen Expertenorganisationen ist somit im hohen Masse von der *Gestaltung von Kommunikation und Kommunikationsbedingungen* abhängig. Die reflexive Gestaltung und Beobachtung der Organisation und ihrer Grenzen kann dabei *nicht von einer Person alleine erfolgen*, sondern ist vielmehr als ein *kollektiver und gemeinschaftlicher Prozess* zu verstehen, der räumlich und zeitlich verteilt auf unterschiedlichen Plattformen stattfindet. Die Analyse des Einzelfalles hat zudem gezeigt, dass Strukturen und Grenzen von Expertenorganisationen nicht nur kollektiv, sondern auch

über die Zeit gestaltet und dynamisch stabilisiert werden müssen. Dieser Gedanke wird im folgenden Kapitel ausgeführt.

9.1.2.1 Grenzen sind über die Zeit hinweg zu stabilisieren

Aus einer prozess- und praxisorientierten Perspektive befindet sich eine Organisation und ihre Strukturen im Zustand des «Werdens» und nicht im Zustand des «Seins» (Tsoukas & Chia 2002). Aus dieser Perspektive wird nicht Wandel, sondern vielmehr *Stabilität zur zentralen Herausforderung moderner Expertenorganisationen*. Aufgrund ihrer Drehscheibenfunktion, den Abhängigkeiten zu anderen Organisationseinheiten und der hohen Fluktuation des Personals stellte die Stabilisierung von Strukturen und somit die Stabilisierung von Grenzen und Erwartungsräumen eine *Daueraufgabe der ZNS* dar (TB-74, TB-60). Sowohl die Systemtheorie als auch die Praxistheorie weisen darauf hin, dass organisationale Strukturen, Entscheidungs-Praktiken und Systemgrenzen grundsätzlich *instabil* sind. So können Entscheidungs-Praktiken durch ihre Mobilisierung in unterschiedlichen Kontexten und Akteurskonstellationen uminterpretiert werden (Nicolini 2009: 1393). Sie müssen ständig neu «erbracht» werden. Als Folge der Adaption von Entscheidungs-Praktiken werden auch Erwartungsgrenzen zur Disposition gestellt. Somit sind Grenzziehungsprozesse nie abgeschlossen und Erwartungsräume stets in Bewegung. Der Existenzerhalt der Organisationen ist auf die Neujustierung der System-Umwelt-Differenz angewiesen: «Das System zwingt sich, anders gesagt, durch Grenzziehung und operative Schließung zu einem ständigen Oszillieren zwischen Selbstreferenz und Fremdreferenz […]» (Luhmann 2000: 65). Die empirische Analyse des Einzelfalls weist darauf hin, dass in pluralistischen Expertenorganisationen Systemgrenzen nicht einmal definiert oder «gezogen» werden können. Sie sind *keine stabilen und objektiv gegebenen Entitäten*, sondern *temporäre soziale Errungenschaften*, die in kommunikativen Aushandlungs- und Zuschreibungsprozessen immer wieder hergestellt werden müssen. Dies konnte insbesondere am Dienstleistungsangebot der ZNS gezeigt werden. In allen drei Entwicklungsphasen kam immer wieder die Frage auf, ob das Leistungsangebot der ZNS temporär erweitert oder eingeschränkt werden soll. Die Frage, *wer* bzw. welche *Organisationseinheit* für welche Entscheidungsprozesse zuständig ist, musste abermals geklärt werden. Im dynamischen Spitalalltag wurden definierte Abkommen zwischen Organisationseinheiten «hinter dem Rücken» und ohne dass von Entscheidungsträgern darüber entschieden wurde, ausser Kraft gesetzt. Damit eine Organisation aber als Ganzes handlungsfähig bleibt, muss beobachtet werden, wenn die Bedingungen für kollektives Handeln und Entscheiden nicht mehr gegeben sind und Erwartungsräume zu schliessen sind. Auf der ZNS wurde diese Aufgabe vor allem vom interdisziplinären Management-

Team erbracht. Das Team agierte als «kommunikativer Briefkasten» für die Regulierung des Umweltkontakts und versuchte über Beziehungen, Sitzungen, Informationsveranstaltung und in *ständigen kommunikativen Klärungsprozessen mit internen und externen Akteuren* Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen wieder aufzubauen. Weil auf dem Notfall etablierte Entscheidungs-Praktiken teilweise von anderen Organisationseinheiten destabilisiert oder unterlaufen wurden, musste das Management-Team auf Ebene der Gesamtorganisation *Verbindlichkeit in Entscheidungs-Praktiken* und in der Zusammenarbeit mit anderen Organisationseinheiten herstellen. Die ZNS war dabei mit der spezifischen Herausforderung der «Mitgliedschaft auf Zeit» konfrontiert: Die Träger von Praktiken fluktuierten teilweise in Dienstzyklen von acht und sieben Wochen. Dies führte dazu, dass Entscheidungs-Praktiken zu Beginn neuer Dienstzyklen erodierten und neu eingespielt werden mussten (I-C-13, S-24). Deshalb konnten Entscheidungs-Praktiken nicht problemlos kollektiviert und *Grenzen nicht über die Zeit stabilisiert werden*, wie das Beispiel des Koordinationsupdates gezeigt hat. Umso wichtiger wurden *wechselseitige Klärungsprozesse hinsichtlich Mitgliedschaftsrollen*: Über unterschiedliche Kommunikationsplattformen mussten *Spielregeln der Zusammenarbeit* und wechselseitige Erwartungen geklärt werden. Über diese *aktive Gestaltung von Mitgliedschaftsrollen* und der Einschränkung von Handlungsmöglichkeiten konnten Erwartungsräume fortlaufend stabilisiert werden.

Aus der Analyse der Fallstudie kann somit die Schlussfolgerung abgeleitet werden, dass *Klärungsprozesse von Mitgliedschaftsrollen* für den Aufbau der organisationalen Entscheidungsfähigkeit in einer pluralistischen Expertenorganisation im hohen Masse relevant sind. Wenn *gemeinsame und verbindliche Spielregeln der Zusammenarbeit* etabliert und über Dienstzyklen und Schichten stabil gehalten werden, wird kollektives Entscheiden möglich (Wimmer 1997: 8). Auch weil die Stabilisierung von Mitgliedschafts- und Erwartungsgrenzen auf der ZNS ein Dauerthema war, versuchte das Management-Team schliesslich Dienstzyklen des Notfall-Personals zu verlängern und eigene Oberärzte anzustellen (D-143). Die Vermutung liegt nahe, dass sich dadurch eine Stabilisierung von Mitgliedschaftsgrenzen über die Zeit einstellen kann.

Diese Ausführung zeigen, dass die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit von Expertenorganisationen eine *fortlaufende Stabilisierungsleistung* darstellt:

> «Im Zentrum von Management steht folglich nicht Wandel, sondern die fortwährende Stabilisierung der eigenen Identität und Systemgrenzen (Wer sind wir? Wofür stehen wir?), der Anspruchsgruppenbeziehungen sowie der komplexen arbeitsteiligen Handlungszusammenhänge des betrieblichen Alltags.

> […] Organisieren will insbesondere diejenigen Voraussetzungen stabilisieren, die erforderlich sind, dass auf breiter Basis durch eine Vielzahl von Akteuren je neu tragfähige und kohärente Entscheidungen getroffen werden können» (Rüegg-Stürm 2009: 1851).

Wenn Erwartungsräume regelmässig erodieren, können keine personenunabhängigen Strukturen und Entscheidungs-Praktiken aufgebaut werden. Die Entscheidungsfähigkeit pluralistischer Expertenorganisationen ist somit davon abhängig, ob es gelingt, Grenzen der Erwartbarkeit *über einen bestimmten Zeitraum stabil zu halten*. Die Stabilisierung von Strukturen stellt sich nicht von alleine ein. Erwartungsräume sind über kontinuierliche Klärungsprozesse immer wieder neu zu stabilisieren. Weil eine Entscheidungs-Praktik ein *temporäres* «commitment to action» (Langley, Mintzberg et al. 1995: 261) ist, hängt die Entscheidungsfähigkeit von Expertenorganisationen davon ab, dass Erwartungsräume laufend kollektiviert werden. Die Stabilisierung von Entscheidungs-Praktiken und Systemgrenzen bedarf der *anhaltenden Aufmerksamkeit durch Management-Verantwortliche.* Dies gilt insbesondere für Expertenorganisationen, deren Entscheidungsprozesse von diversen Organisationseinheiten, Berufsgruppen und Teams verteilt erbracht werden und diffuse Mitgliedschaftsformen bestehen.

9.1.2.2 Die Gestaltung von Grenzen erfolgt gegen innen und aussen

Grenzen müssen nicht nur über die Zeit stabil gehalten werden, damit sich Erwartungsräume bilden und kollektives Entscheiden möglich wird. Die empirische Analyse hat auch gezeigt, dass *Grenzen sowohl gegen innen als auch gegen aussen kollektiviert* werden müssen. In den ersten zwei Entwicklungsphasen hat die ZNS versucht, Systemgrenzen über die Definition des Dienstleistungsangebots und verbindlichen Kooperationsabkommen herzustellen. Somit wurde gegen aussen und mit externen Organisationseinheiten wie der IPS, Bettenstationen oder der Radiologie geklärt, welche Organisationseinheit für welche Behandlungs- und Entscheidungsprozesse zuständig zu machen ist und wie diese Entscheidungen konkret erfolgen (siehe Tabelle 6). In *Klärungs- und Aushandlungsprozessen* mit der Umwelt wurden wechselseitige Erwartungen definiert sowie die Systemgrenze von Organisationseinheiten verfertigt. Auch wenn diese Erwartungsgrenzen temporäre Errungenschaften und potenziell instabil waren, konnte dadurch langfristig die Rolle der ZNS *gegen aussen* geklärt werden. Die ZNS war nicht mehr für alle Entscheidungen gleichermassen verantwortlich. Durch diese Reduktion von «Weltkomplexität» (Luhmann 2005b: 147) konnte eine eigene Systemkomplexität *im Innern* aufgebaut werden (Luhmann 2002: 121). Die Stabilisierung der Grenze gegen

aussen begünstigte den Aufbau eines Netzes von regelbasierten Entscheidungs-Praktiken gegen innen. Vor allem in der zweiten und dritten Entwicklungsphase wurden regelbasierte Entscheidungs-Praktiken aufgebaut und dynamisch stabilisiert. Durch diese «Programmierung» und Formalisierung von Entscheidungen wurde die «Innenseite der Systemgrenze» gestaltet (Luhmann 2000: 239).

Laut der Systemtheorie ist der Ausschluss von Weltkomplexität eine hinreichende Bedingung für den Aufbau von Systemkomplexität und somit *zeitlich vorgelagert*. Aus einer theoretischen Perspektive ist dieses Argument schlüssig. Die Analyse hat aber gezeigt, dass in der Empirie der Aufbau von Grenzen gegen innen und gegen aussen *zeitlich parallel erfolgt und sich wechselseitig bedingen*. So trug z.B. die Formalisierung der Entscheidungs-Praxis der Patientenanmeldung sowohl zu einer *Stabilisierung von Grenzen gegen innen als auch gegen aussen*: Gegen aussen entstand für externe Akteure eine zentrale kommunikative Anlaufstelle, von der erwartet werden konnte, dass sie die spezifische «Aufgabe» der Patientenanmeldung im Auftrag des Systems übernimmt. Gleichzeitig wurde dadurch gegen innen Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und formale Kommunikationswege zwischen Berufsgruppen und Mitglieder der ZNS geklärt. Dadurch konnte auch für nachgelagerte Entscheidungsprozesse wie die Triage oder die ärztlichen Diagnose *mehr Erwartbarkeit geschaffen* und die Organisation insgesamt stabilisiert werden. Indem ein kollektives Verständnis erarbeitet wurde, *wer wann wie und wo* die Patientenanmeldung durchführt, wurden Entscheidungsoptionen sowohl gegen innen als auch gegen aussen eingeschränkt und wechselseitige Erwartungsräume aufgebaut. Die Analyse hat weiter gezeigt, dass die *Reduktion von Komplexität an einer Stelle* gleichzeitig zur *Erhöhung von Komplexität an einer anderen Stelle* führt. Indem Komplexität intern kontrolliert und über die «Programmierung» bzw. Gestaltung von Entscheidungsprozessen reduziert wurde, entstanden durch Spezialisierung *zusätzliche Mitgliedschaftsgrenzen*. Auch diese Grenzen mussten wiederum aktiv gestaltet, Mitgliedschaftserwartungen wechselseitig geklärt und verbindliche Verhaltensregeln erarbeitet werden.

Die Frage, was überhaupt als «aussen» und «innen» wahrgenommen wird, ist abhängig von einem spezifischen Beobachter und ist eine kommunikative Zuschreibung. Die obigen Ausführungen zeigen, dass Erwartungsräume für unterschiedliche Beobachter stabilisiert und sowohl ausserhalb eines Systems sowie innerhalb eines Systems kommunikativ erzeugt werden müssen. Für pluralistische Expertenorganisation stellt sich die Herausforderung, dass es eine *Vielzahl an unterschiedlichen Grenzen und Erwartungsräume* zu bearbeiten gilt: Nicht nur die Systemgrenze, sondern auch Grenzen von Teilsystemen sind gegen aussen und gegen innen fortlaufend zu gestalten. Gerade in Expertenorganisationen, die

vielfältige Beziehungen zu Umwelten und internen Teilsystemen unterhalten, die sich wiederum wechselseitig zur Umwelt haben, werden fortlaufend Erwartungen hervorgebracht, infrage gestellt oder verändert. Für den Erhalt der organisationalen Entscheidungsfähigkeit ist es zentral, dass die unterschiedlichen Prozesse der Grenzschliessung und Grenzöffnung *synchron gestaltet* werden. Dafür bedarf es einer hohen *Beobachtungs- und Reflexionsfähigkeit des Systems,* um laufend zu überprüfen, ob wechselseitige und verbindliche Erwartungsräume aufgebaut werden können und kollektives Entscheiden wahrscheinlich ist. Neben der Gestaltung von Grenzen gegen innen und aussen, werden Grenzen auch über Beziehungen gestaltet und ausgehandelt. Dieses Argument wird im nächsten Kapitel thematisiert.

9.1.2.3 Die Gestaltung von Grenzen erfolgt über Beziehungen

Die organisationale Einbettung der Notfallstation ist komplex (siehe Kapitel 7.3): Es bestehen diffuse Mitgliedschaftsformen, verteilte Entscheidungskompetenzen und Doppelverantwortlichkeiten. Die Notfallstation ist betriebswirtschaftlich gesehen keine eigenständige Organisation, kann teilweise nur indirekt auf Rekrutierungs- und Personalentscheidungen Einfluss nehmen und ist von der Bereitstellung von Ressourcen und Spezialexpertise anderer Abteilungen abhängig. Organisationsmitglieder des Notfalls fluktuieren und auch die Management-Verantwortlichen sind Mitglieder in verschiedenen Subsystemen des Spitals. Die Notfallstation ist damit *aber keine Ausnahme*, denn in vielen Expertenorganisationen stellen sich vergleichbare Herausforderungen: Sie alle sind charakterisiert durch anspruchsvolle Formen kollaborativer Arrangements, heterogene Erfolgsvorstellungen, Zielkonflikte, wechselseitige Abhängigkeiten und diffuse Machtverhältnisse (Brès, Raufflet et al. 2018; Denis, Langley et al. 2012; Denis, Langley et al. 2007; Denis, Lamothe et al. 2001). Wahrscheinlich sind es diese Gegebenheiten in Expertenorganisationen und ihre zunehmende Vernetzung untereinander, die einige Forscher zur These bewegt haben, *Organisationsgrenzen verflüssigen* sich zunehmend (z.B. Ashkenas, Ulrich et al. 2002; Barberio, Höllerer et al. 2015). Obwohl diese These hier infrage gestellt wird, kann dennoch nicht bestritten werden, dass in diesen pluralistischen Kontexten die Entscheidungsfähigkeit einzelner Systeme auf die Probe gestellt wird und der Aufbau kollektiv geteilter Entscheidungs-Praktiken eine zentrale Management-Herausforderung darstellt.

Vor allem dann, wenn Mitgliedschaften und Verantwortlichkeiten diffus sind und Organisationsgrenzen von aussen nur schwer beobachtbar werden können, werden die *Beziehungsarbeit* und *der Aufbau von tragfähigen, verbindlichen und verlässlichen Beziehungen* zwischen Entscheidungsträgern unterschiedlicher Systeme zu einer

existenzkritischen Ressource (Rüegg-Stürm 2009: 1851). Die empirische Analyse hat gezeigt, dass «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) oftmals *über Beziehungen* ausgehandelt und gestaltet werden. In diesem Sinne muss die Not von pluralistischen Expertenorganisationen zur Tugend gemacht werden: *Diffuse Abhängigkeits- und Beziehungsarrangements* können aktiv genutzt werden, um Entscheidungen eines Teilsystems breit im Gesamtsystem abzustützen, zu kollektivieren und um Entscheidungen fortlaufend zu legitimieren. Im analysierten Fall konnte dies immer wieder beobachtet werden: So wurden Entscheidungen bzgl. des Dienstleistungsangebots der ZNS und der Gestaltung von Entscheidungs-Praktiken an den Schnittstellen zwischen ZNS, Anästhesie, Intensivmedizin, Radiologie und Bettenstationen oftmals *in bilateralen Absprachen und Übereinkünften* erarbeitet. Der Aufbau und die Stabilisierung von Systemgrenzen erfolgte in der ZNS während eines mehrjährigen Aushandlungs-, Deutungs- und Kommunikationsprozesses, der auch nach Beendigung der Feldforschung nicht abgeschlossen war. Dieser Aushandlungsprozess fand auf verschiedenen Sitzungen, Gremien und über die *vielfältigen Beziehungen des Management-Teams der ZNS* statt. Über *Beziehungen zu diversen Entscheidungsträgern des Spitals* wurde die Rolle der ZNS im Spital sukzessive geschärft. Wurde z.B. das Dienstleistungsangebot der ZNS «hinter dem Rücken» von Entscheidungsträgern ausgeweitet, suchten die Management-Verantwortlichen den Austausch mit Entscheidungsträgern der entsprechenden Abteilungen. Dies wurde vor allem auch in der rechten Spalte der Tabelle 6 (siehe Kapitel 8.2.1) ersichtlich: Der chirurgische Chefarzt oder sein STV suchten regelmässig das *bilaterale Gespräch* mit anderen Management-Verantwortlichen, um *Interessen abzugleichen* und um Entscheidungsprozessen an den Schnittstellen von Systemen zu klären (D-24, TB-25, D63). Diese *Beziehungen waren förderlich* für den Aufbau der Entscheidungsfähigkeit der ZNS, da sie *Entscheidungsprozesse beschleunigten*. Über diese Beziehungen konnten Grenzen verfertigt werden, da externe Akteure konkrete Ansprechpersonen in der ZNS hatten und damit rechnen konnten, dass mit dem Management-Team definierte Regeln der Zusammenarbeit auch in der ZNS auf Zuspruch treffen bzw. das Management-Team sich für die Kollektivierung dieser bilateral getroffenen Entscheidungen einsetzen würde. Dabei kam dem Management-Team der ZNS zugute, dass es aufgrund des Organisations- und Führungsmodells in den Entscheidungsgremien von insgesamt vier von neun Departementen repräsentiert war. Diese breite Vernetzung der Management-Verantwortlichen der ZNS war von grosser Bedeutung für die Sicherung der organisationalen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit: Da die Entscheidungen anderer Kliniken und Departemente Einfluss auf die Entscheidungs-Praktiken der ZNS hatten, konnten die Management-Verantwortlichen als Informant der

ZNS agieren, relevante Erwartungen der Umwelt aufnehmen oder die ZNS frühzeitig über die Notwendigkeit von Strukturanpassungen informieren. Gleichzeitig konnten über die Beziehungen des Management-Teams *die Interessen der ZNS im Spital vertreten werden*. An Entscheidungen anderer Kliniken, die potenziell eine destabilisierende Wirkung auf die Entscheidungsprozesse der ZNS haben, war das Management-Team mitbeteiligt. So konnte z.B. über bilaterale Absprachen verhindert werden, dass sich der Personalabbau im Departement Chirurgie auf die der ZNS zur Verfügung stehenden ärztlichen Ressourcen auswirkt (TB-74).

Weil Zuständigkeitsbereiche von Organisationseinheiten teilweise in bilateralen Gesprächen und auf unterschiedlichen Sitzungen ausgehandelt wurden, war ein Teil des Aufbaus von Grenzen für diese Analyse nicht sichtbar. Bilaterale Abkommen sind nicht nur für eine Forscherin schwer zu beobachten, sondern auch für andere Organisationsmitglieder. Obwohl Beziehungen zwischen Entscheidungsträgern als *Kommunikationsbeschleuniger* wirken und im Idealfall für «Frieden an den Grenzen» und «für Ausgleich von Spannungen» (Luhmann 1999: 223–224) sorgen, so liegt in ihnen auch eine *Gefahr*: Auf bilateralen Absprachen basierende Entscheidungen müssen in Organisationen kollektiver werden, damit sie anerkannt werden. Die *Verbindlichkeit und Wirksamkeit von bilateralen Entscheidungen* sind eingeschränkt:

> «Kollektiv getroffene Entscheidungen haben weit mehr Aussicht auf kollektive Akzeptanz als solche, die von Einzelnen getroffen (und anderen vorgeschrieben) werden. Insofern haben sie auch ein größeres Potential, als ‚nachhaltige Entscheidung' zu gelten» (Krainer & Heintel 2010: 212).

In Organisationen können Personen mehr oder weniger schnell ausgetauscht und Stellen neu besetzt werden. Dadurch werden zuvor getroffene bilaterale Übereinkünfte und wechselseitige Zusicherungen nichtig. Auch im analysierten Fall konnte beobachtet werden, dass sich wechselseitige Erwartungsräume nicht stabilisieren konnten, da sie lediglich auf bilateralen Absprachen basierten. Diese Beobachtung legt nahe, dass pluralistische Expertenorganisationen Beziehungen zwar aktiv nutzen, um eigene Entscheidungen zu legitimieren und um zu wechselseitigen Übereinkünften zu gelangen. Gleichzeitig müssen diese Entscheidungen aber immer in der Organisation kollektiviert werden, damit langfristig Verbindlichkeit im Sinne von Ordnung und Erwartbarkeit entsteht (Wimmer 1997) und Grenzen *über Personen und über die Zeit hinaus stabil gehalten* werden können. Die Beziehungen des Management-Teams sowie jene der Mitarbeitenden können als wichtige «Ressource» für die Sicherung der organisationalen

Entscheidungsfähigkeit angesehen werden. Über Beziehungsarbeit kann versucht werden, Regeln der Zusammenarbeit zu definieren und Verbindlichkeit in Entscheidungsprozessen herzustellen (Rüegg-Stürm 2009; Wimmer 1997). Gerade wenn Personal stark fluktuiert, diffuse Mitgliedschaftsformen bestehen und Teams neu zusammengestellt werden, ist die Kollektivierung von Entscheidungen und wechselseitigen Erwartungen eine herausfordernde und immer wieder zu erbringende Leistung des Systems.

9.2 Handlungsfähigkeit entsteht über kommunikative Selektivität

Die theoretischen Ausführungen und die empirische Analyse des Einzelfalls haben gezeigt, dass die organisationale Entscheidungsfähigkeit von Expertenorganisationen von der *kommunikativen Selektivität* und der *Gleichzeitigkeit von Offenheit und Geschlossenheit* von Organisationen abhängig ist. Die Weiterentwicklung der Notfallstation erfolgte in dynamischen Prozessen der Öffnung und Schliessung von Strukturen und Entscheidungsprozessen. Die Notfallstation hatte somit weder vollständig geschlossene noch offene Grenzen, vielmehr *entwickelte sich mit der Zeit* und durch *ihre strukturelle Ausdifferenzierung* eine *spezifische Selektivität und kommunikative Resonanz*. Gewisse Signale und Erwartungen der Umwelt wurden als solche wahrgenommen und führten zu Strukturveränderungen, andere wurden nicht als relevante Information selegiert oder gezielt von der Umwelt «weggepuffert», um die eigene Operationsweise zu schützen. Diese Beobachtung steht konträr zur Literaturdebatte «new forms of organizing», die von der Verflüssigung, Flexibilisierung und Öffnung von Organisationen und ihren Grenzen ausgeht. In aktuellen Publikationen wird diese Öffnung von Grenzen von Management-Verantwortlichen nahezu eingefordert, um die Innovationskraft und Agilität von Organisationen zu steigern (Ashkenas, Ulrich et al. 2002; Dobusch & Schoeneborn 2015; Gassmann & Enkel 2006; Porschen-Hueck, Huchler et al. 2017; Scott & Davis 2016). Expertenorganisationen sind in sich schnell verändernden Umwelten auf offene und fluide Grenzen angewiesen, so die Annahme der Literatur. Dabei wird die Permeabilität von Grenzen oftmals als Kontinuum dargestellt zwischen «schwachen» und «fluiden» Grenzen, die offen für externen Einfluss sind und zur Integration tendieren, und «starken» oder «rigiden» Grenzen, die externen Einfluss und Austausch blockieren (Kislov 2018: 820; Kreiner, Hollensbe et al. 2006: 1320). Die empirische Analyse zeigt jedoch, dass die diskutierte Frage, ob Systeme «offen» oder «geschlossen» sind (siehe dazu Heidenreich, Hiller et al. 2018; Ringel, Hiller et al. 2018), ersetzt werden kann mit der Frage, wie selbstreferentielle Geschlossenheit Offenheit erst erzeugt (Luhmann 1984: 25) und wie eine Organisation eine *geeignete, kommunikative Selektivität* finden kann. Die Analyse der Notfallstation legt sogar nahe, dass die von der Literatur *eingeforderte Offenheit von*

Grenzen die eigene *Entscheidungsfähigkeit eines Systems einschränken und gefährden kann*. Wenn eine Organisation für alle Umwelterwartungen und Irritationen gleichermassen offen ist, so kann sie kaum eigene Entscheidungsformen aufbauen, und Komplexität ist nicht mehr zu handhaben. Dies zeigte sich vor allem in der ersten Entwicklungsphase der Notfallstation: Da der Umweltkontakt nicht systematisch kanalisiert wurde und das System eine hohe Sensibilität für Umweltirritationen hatte, konnte keine eigene Operationsweise aufgebaut werden und kollektives Entscheiden war unwahrscheinlich. In dieser Phase erfolgte die Gestaltung von Entscheidungs-Praktiken fremdbestimmt und durch externe Akteure des Spitals, was die Leistungsfähigkeit des Notfalls beeinträchtigte. Aus der empirischen Analyse kann somit geschlussfolgert werden, dass pluralistische Expertenorganisationen immer wieder aufs Neue entscheiden müssen, hinsichtlich welcher Themen und Problemstellungen sie ihre Entscheidungsautonomie bewahren müssen, um langfristig handlungsfähig zu sein. Die Antwort auf die zunehmende Verflechtungen und Abhängigkeiten zwischen Systemen und ihren Umwelten ist nicht die Öffnung von Grenzen, sondern vielmehr eine *fortlaufende und kollektive Klärung der Frage*, auf welche Erwartungen der Umwelt reagiert werden muss und welche zugunsten des «Durchhaltens» (Tacke 1997: 29) eigener Entscheidungsprozesse zu ignorieren sind.

In dieser Arbeit können keine Antworten auf die Frage geliefert werden, hinsichtlich welcher konkreter Themen, Problemstellungen und Erwartungen sich die Notfallstation oder Expertenorganisationen generell sensibel zeigen sollten und wie auf Umweltveränderungen zu reagieren ist. Diese Fragen sind von spezifischen Organisationskontexten, von der vergangenen und künftigen Entwicklung einer Organisation sowie von vorliegenden Beziehungen und Austauschverhältnissen abhängig. Die Analyse des Falls zeigt aber auf, wie relevant die spezifische Selektivität und kommunikative Resonanz einer pluralistischen Expertenorganisation für deren Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit ist. In gemeinsamen *Sensemaking- und Interpretationsprozessen* muss laufend zwischen der Aufnahme und dem Abweisen von Umweltirritation und zwischen dem Öffnen und Schliessen von Grenzen entschieden werden (Luhmann 1992: 175). In diesem Sinne sind Organisationen *gleichzeitig offen und geschlossen.* Für den Erhalt der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit ist es zentral, dass der Austausch mit der Umwelt kanalisiert und die Funktionalität von Umweltbeziehungen geprüft wird. Insbesondere dann, wenn Organisationen in vielschichtige Umwelten eingebettet sind und wechselseitige Abhängigkeiten bestehen, ist das System auf ein geeignetes Mass an kommunikativer Selektivität angewiesen:

> «Diese zentrale Funktion der Unsicherheitsabsorption durch Führung wird umso wichtiger, je turbulenter und unberechenbarer sich die Veränderungen in den relevanten Umwelten abspielen. Je ungewisser sich die Verhältnisse um einen herum entwickeln, umso wichtiger wird es, über eine Grenze zu verfügen, die einem hilft, möglichst scharf zwischen Ereignissen zu unterscheiden, die man als unternehmerische Überlebenseinheit einfach ignorieren kann, und solchen, die für einen selbst von Relevanz sind und die intern zur Informationsgewinnung genützt werden müssen» (Wimmer 1993: 6).

Am empirischen Fall konnte beobachtet werden, dass für die Regulierung des Umweltkontakts Grenzstellen und die von ihnen eingerichteten «Zwischensysteme» bedeutsam sind. In diesen Zwischensystemen, Sitzungen, Workshops und Kommunikationsplattformen wurden Irritationen und Umwelterwartungen selektiert, gefiltert und bewertet und somit indirekt über die kommunikative Selektivität des Systems entschieden. Indem Komplexität und destabilisierende Eingriffe an den Grenzen des Systems abgewehrt oder selektiv zugelassen wurden, konnten Erwartungsräume geschützt und eigene Entscheidungsprogramme aufgebaut werden. Gleichzeitig konnte das System über Grenzstellen selektiv mit wichtigen Informationen versorgt werden, um die Funktionalität von Strukturen zu überprüfen und langfristig zu gewährleisten (Luhmann 2000: 86). Im analysierten Fall wurde der Umweltkontakt mehrheitlich durch das Management-Team reguliert, das diverse Beziehungen zur Umwelt unterhielt. Aus dem Fallbeispiel kann geschlussfolgert werden, dass es für Expertenorganisationen förderlich ist, wenn die Arbeit von *Grenzstellen institutionalisiert* wird. Auf *routinisierter Basis* können nach systemeigenen Kriterien Irritationen selegiert und gefiltert werden. In diesem Sinne ist es die Aufgabe von Management-Verantwortlichen, Unsicherheit fortlaufend zu absorbieren oder kontrolliert zuzulassen, um die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit einer Expertenorganisation aufrechtzuerhalten.

9.3 Entscheidungslegitimität ist kontinuierlich herzustellen

Im vorherigen Kapitel wurde die Erkenntnis festgehalten, dass Expertenorganisationen auf ein geeignetes Mass an Selektivität und auf Grenzstellen angewiesen sind, die den Umweltkontakt systematisch regulieren und fortlaufend Unsicherheit absorbieren. So können *förderliche Entscheidungsbedingungen* für die Erbringung der Wertschöpfung und für die Sicherung der organisationalen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit geschaffen werden. Die Handlungsfähigkeit einer Organisation ist somit unter anderem von der Handlungsfähigkeit ihrer Grenzstellen und Management-Teams abhängig. Die empirische

Analyse hat gezeigt, dass die *Entscheidungslegitimität und Akzeptanz* von Grenzstellen *nicht einfach gegebene und vorliegende Ressourcen* sind. Vielmehr müssen sich Grenzstellen kontinuierlich das Recht erarbeiten, als Repräsentant des Systems wahrgenommen zu werden und im Auftrag des Systems handeln und entscheiden zu dürfen. Die Legitimität der Grenzstelle war das *Resultat von kommunikativen Aushandlungsprozessen* zwischen Grenzstelle und Umwelt. Im organisationalen Alltag wurden teilweise Entscheidungen der Grenzstelle von Organisationsmitgliedern oder von externen Akteuren unterlaufen. Aufgrund von Doppelverantwortlichkeiten in mehreren Organisationseinheiten und den Teilzeitpensen der ärztlichen Leitung kam in den ersten zwei Entwicklungsphasen die Frage auf, ob sie legitime Repräsentanten des Notfalls sind und die Interessen des Systems gegen aussen vertreten (I-PF-18). Dieser Umstand führte dazu, dass sich auch Management-Verantwortliche in einzelnen Entscheidungssituationen gegenseitig fragten, welchen «Hut» man trägt und für welche Organisationseinheit man als Fürsprecher agiert (I-I-1). Grenzstellen müssen multiplen Rollen gerecht werden und sehen sich nicht selten mit dem Vorwurf der Illoyalität konfrontiert (Luhmann 1999: 226). Die empirische Analyse hat gezeigt, dass sich die Legitimität von Grenzstellen *erst über die Zeit einstellt* und in konkreten Entscheidungssituationen immer wieder aufs Neue erarbeitet werden muss. Das Management-Team musste sich selbst zur Entscheidungsinstanz ernennen, die über die betrieblichen Abläufe und Entscheidungs-Praktiken der ZNS entscheiden darf. Diese Legitimität musste fortlaufend *kommunikativ erzeugt und hergestellt werden*. So wurde z.B. an externe Akteure immer wieder kommuniziert, dass Entscheidungen der Umwelt, die den organisationalen Arbeitsalltag der ZNS betreffen, offiziell durch das Management-Team der ZNS genehmigt werden müssen (D-77). Das Management-Team versuchte in Klärungsprozessen mit der Umwelt seine eigene Entscheidungslegitimität zu sichern, ohne dabei die Entscheidungsautonomie anderer Teilsysteme zu untergraben. Dabei waren die bilateralen Beziehungen des Management-Teams zu anderen Entscheidungsträgern des Spitals sowie Verhandlungsgeschick relevant. Dank ihrer Vernetzung mit anderen Organisationseinheiten hatte das «Wort» des Management-Teams, mit Vorsitz eines chirurgischen Chefarztes, Gewicht. Dies war eine wichtige Voraussetzung für den Aufbau eigener Entscheidungs-Praktiken und der Sicherung der organisationalen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der ZNS.

Für die Handlungsfähigkeit von Expertenorganisationen ist die *Arbeit von Grenzstellen* und die *Regulierung des Umweltkontakts* zentral. Die empirische Analyse weist darauf hin, dass den Grenzstellen nicht automatisch das Recht zugesprochen wird, als Grenzstellen zu agieren. Sowohl gegen aussen als auch gegen innen müssen sie ihre Legitimität in

konkreten Entscheidungssituationen und über Beziehungsarbeit erarbeiten und kommunikativ erzeugen. Es bleibt weiter zu klären, über welche kommunikativen Praktiken diese Legitimität von Grenzstellen hergestellt werden kann.

9.4 Entscheidungs-Praktiken stabilisieren sich in ihrem Zusammenspiel

Expertenorganisationen bestehen aus einer Vielzahl an unterschiedlichen Entscheidungsprozessen, die räumlich und zeitlich verteilt und in unterschiedlichen Teams und Organisationseinheiten stattfinden. Die Analyse der ZNS führt vor Augen, dass das *Zustandekommen von kollektiven und verbindlichen Entscheidungsformen* in pluralistischen Kontexten fragil und voraussetzungsvoll ist. Entscheidungs-Praktiken sind in ständiger Bewegung und verändern sich sowohl *gezielt* über Management-Interventionen als auch *ungeplant* über die Interpretation von Organisationsmitgliedern. In dieser Dissertation wurde aus einer theoretischen Perspektive als auch an einem empirischen Transformationsprozess demonstriert, dass kollektives Entscheiden auf wechselseitig unterstellbare Erwartungsräume und auf die kontinuierliche Bearbeitung von Grenzen angewiesen ist. Darüber hinaus konnte aber auch beobachtet werden, dass sich *Entscheidungs-Praktiken wechselseitig und in ihrem Gesamtzusammenhang stabilisieren.* Entscheidungs-Praktiken erlangen *im Verbund mit anderen Praktiken* Stabilität und Verbindlichkeit, wenn das Resultat der zu stabilisierenden Praktik die Bedingung für das Zustandekommen einer anderen Praktik ist. Entscheidungen können stabilisiert werden, wenn sich zeitlich vor- und nachgelagerte Entscheidungs-Praktiken gegenseitig zur Bedingung haben und sinnvoll miteinander verknüpft werden können. Dies konnte an unterschiedlichen Beispielen gezeigt werden: So war die Einführung der MTE-Koje erschwert, weil davor keine standardisierte Patientenübergabe zwischen Rettung und Notfall stattfand (TB-3). Auch das Koordinationsupdate konnte nicht in das bestehende Netz von miteinander verknüpften Entscheidungs-Praktiken etabliert werden, denn der Kommunikationsaustausch war keine hinreichende Bedingung für das Zustandekommen anderer Entscheidungen. Die Einführung der zentralen Patientenaufnahme hat hingegen demonstriert, dass dadurch Erwartbarkeit und Verbindlichkeit in nachgelagerten Entscheidungs-Praktiken hergestellt werden konnte.

Wenn an einer Stelle im System Erwartungssicherheit hergestellt werden kann und sich verbindliche Praktiken einspielen, können *komplexere Handlungsabfolgen in routinisierte Prozesse* überführt werden. Für den Aufbau einer Entscheidungs-Praxis in einem pluralistischen Kontext ist es somit förderlich, wenn einzelne Entscheidungs-Praktiken sinnvoll miteinander verknüpft werden und sie sich wechselseitig zur Bedingung haben.

Für pluralistische Expertenorganisation stellt sich die Frage, an welcher «Stelle» im Strom von Entscheidungen mit dem Aufbau von kollektiven und tragfähigen Entscheidungs-Praktiken zu starten ist. Die Gestaltungsarbeit kann erleichtert werden, wenn an zentralen «Knotenpunkten» im System verbindliche Entscheidungs-Praktiken etabliert werden können, die Erwartungssicherheiten in vor- und nachgelagerten Entscheidungsprozessen schaffen. Gleichzeitig muss aber beachtet werden, dass voneinander abhängige Entscheidungs-Praktiken sich auch destabilisieren können und Veränderungen an einer Stelle eine Adaption einer anderen Entscheidungs-Praktik notwendig machen. Für Expertenorganisationen stellt sich die Herausforderung, dass *Entscheidungs-Praktiken nicht isoliert gestaltet werden können*. Ihre Bedeutung und Wirkung erlangen Entscheidungs-Praktiken *im Zusammenspiel mit anderen Praktiken* (Nicolini & Monteiro 2017: 111–113). Um eine Expertenorganisation auf den Weg zu einer personenunabhängigen und regelbasierten Organisation zu bringen, gilt es ein *komplexes Netz* von miteinander verknüpften und parallel stattfindenden Entscheidungs-Praktiken aufzubauen. Diese Entwicklungsanstrengungen können *nicht von einer Person alleine geleistet* werden. Das Beispiel der Notfallzentrale zeigt, dass es einen kollektiven Effort von Management-Verantwortlichen, Mitarbeitenden und externen Kooperationspartnern bedarf, um kollektive Formen der Entscheidungsfindung aufrechtzuerhalten.

10. Theoretische Beiträge zur Forschung von Grenzen

Nachdem im vorangehenden Kapitel vom analysierten Einzelfall abstrahiert und praxisrelevante Erkenntnisse für pluralistische Expertenorganisationen präsentiert wurden, werden in der Folge theoretische Erkenntnisse für die Forschung von Grenzen und Organisationen diskutiert. Im Kapitel 10.1 wird vorgeschlagen, dass Grenzen aus einer prozessualen und kommunikationszentrierten Perspektive zu erforschen sind. Zudem leitet dieser Forschungsbeitrag dazu an, Organisationen sowohl als offen als auch als geschlossene Systeme zu verstehen, wie im Kapitel 10.2 ausgeführt wird. Im Kapitel 10.3 wird darauf hingewiesen, dass Grenzen und Entscheidungs-Praktiken sich wechselseitig konstituieren – eine Argumentationslinie, die sich nur selten in der aktuellen Forschungsdebatte finden lässt. Schliesslich wird im Kapitel 10.4 vorgeschlagen, Management als reflexive Gestaltungspraxis von Grenzen zu interpretieren.

10.1 Organisationen und Grenzen prozessual erforschen

Der Grenzbegriff wurde in der Organisations- und Managementforschung aus unterschiedlichen Theorieperspektiven erörtert und für die Erklärung verschiedener empirischer Phänomene genutzt (Lamont & Molnár 2002; Langley, Lindberg et al. 2019). Sowohl betriebswirtschaftliche als auch organisationssoziologische Ansätze haben zu einem *besseren Verständnis von Grenzen* beigetragen. Dabei überrascht es allerdings, dass in aktuellen Forschungsbeiträgen zur Grenzthematik und in den Debatten «boundary work» und «new forms of organizing» kaum auf Überlegungen von Luhmann zurückgegriffen wird. Nur in wenigen Publikationen wird auf das systemtheoretische Verständnis von Grenzen verwiesen (z.B. Heidenreich, Hiller et al. 2018; Hernes 2004). Das systemtheoretische Verständnis von Grenzen kann aber *ein fruchtbarer Ausgangspunkt* sein, um organisationale Dynamiken, Veränderungsprozesse und unternehmerische Problemstellungen zu analysieren und zu verstehen. Aus einer systemtheoretischen Perspektive sind Grenzen konstituierend für soziale Systeme und die *Beschäftigung mit Grenzen ist gleichzeitig die Beschäftigung mit Organisation und Organisationstheorie*. Mit Verweis auf Luhmann schreibt Hernes (2004: 10) dazu:

> «Boundaries are not 'by-products' of organization, but rather organization […] evolves through the processes of boundary setting. Like any social system, an organization emerges through the processes of drawing distinctions, and it persists through the reproduction of boundaries.»

Veränderungsprozesse in Organisationen gehen mit Veränderungen von Grenzen auf verschiedenen Ebenen (z.B. Teams, Berufsgruppen, Teilsysteme, Organisationen und Netzwerken) einher. Will man organisationale Transformationsprozesse verstehen, kommt man nicht darum herum, Grenzziehungsprozesse zu analysieren. Grenzen sind zentral nicht peripher für Organisationen (Hernes 2004: 10). Die Systemtheorie schlägt ein *komplexitätsadäquates Verständnis von Grenzen und Organisation* vor: Grenzen sind nicht einmal zu ziehende «Linien» zwischen einer Organisation und ihrer Umwelt. Sie sind auch keine objektiv vorliegende Gegenstände (Luhmann 2000: 79). Grenzen sind vielmehr *kommunikative Zuschreibungen* und kommen durch soziale Aushandlungs- und Interpretationsprozessen zustande. So wie die Organisation sind auch ihre multiplen Grenzen im Zustand des Werdens und nicht im Zustand des Seins (Tsoukas & Chia 2002). Die Beschäftigung mit der Theorie sowie mit dem empirischen Fallbeispiel hat gezeigt, dass Grenzen *wichtige Voraussetzungen für kollektives Entscheiden in Expertenorganisationen* bereitstellen. Anders als die alltägliche Bedeutung des Wortes «Grenze» vermuten lässt, schaffen Grenzen *wechselseitige Erwartungsräume* in Organisationen. Diese Erwartungsräume können als *kollektive und kommunikative Errungenschaften angesehen werden*. Sie können nicht von einzelnen Personen einmalig festgelegt werden, sondern sind immer wieder zu stabilisieren. Die vorliegende Studie leitet dazu an, Veränderungsprozesse und organisationale Problemstellungen aus einer *prozessualen und kommunikationszentrierten Perspektive* zu untersuchen. Die hier entwickelte Analyseperspektive macht sichtbar, wie durch kommunikative und alltägliche Praktiken Grenzen entstehen und verändert werden und hilft, Dynamiken von Veränderungsprozessen zu beschreiben und zu erklären. Die neuere Systemtheorie macht gleichzeitig darauf aufmerksam, dass Grenzen und somit die Organisation grundsätzlich *instabil* sind und immer nur *temporäre Gültigkeit* haben. Organisationale Strukturen, Prozesse und somit auch Grenzen sind *nicht statisch*, sondern *in ständiger Bewegung*. Grenzen und Organisationen sind prozessuale Errungenschaften und können somit am besten über *prozessuale Analysen* untersucht werden. Diese Erkenntnis hält Organisations- und Managementforschung dazu an, in Transformationsprozessen nach kommunikativen Mustern und Praktiken zu suchen, die Organisationen Stabilität und Beständigkeit verleihen (Nicolini 2012: 227) und die es erlauben, *Grenzen und Erwartungsräume in dynamischen Umwelten zu stabilisieren*. Dies scheint insbesondere deshalb wichtig zu sein, weil sich Organisationsformen weiter flexibilisieren werden und betriebliche Abläufe und Prozesse beziehungsreicher, unübersichtlicher und komplexer werden (Bullinger, Warnecke et al. 2003). Umso mehr drängt sich die Frage auf, wie in vernetzten Organisationen und Umwelten die Bedingungen für kollektives Entscheiden und Handeln immer wieder

hergestellt und stabilisiert werden können. Wenn Grenzen erst über die Zeit entstehen und sich kontinuierlich in Bewegung befinden, kann es sich lohnen, Grenzen über Langzeitstudien zu beobachten und mit rekonstruierenden und feldnahen Methoden zu arbeiten.

10.2 Organisationen als offene und geschlossene Systeme

In aktuellen Forschungsbeiträgen der Debatte «boundary work» sowie in der Literatur zu «new forms of organizing» wird immer mehr von der *Verflüssigung von Organisationen ausgegangen* und mehr Offenheit, Kollaboration und Agilität eingefordert. Dabei bleibt oftmals unklar, was mit der Verflüssigung und vermeintlichen Liquidität von Grenzen gemeint ist (z.B. Ashkenas, Ulrich et al. 2002). Die Annahme der Offenheit sozialer Systeme und ihrer Grenzen findet sich auch im Soziologischen Neo-Institutionalismus (DiMaggio & Powell 1983; Meyer & Rowan 1977; Powell & DiMaggio 1991) sowie in Theorien offener Systeme (Bertalanffy 1968; Katz & Kahn 1966; Scott 1998; Thompson 1967). Die empirische Analyse und die von der neueren Systemtheorie und Praxistheorie inspirierte Theorieperspektive dieses Forschungsbeitrages schlägt dagegen vor, dass Organisationen *sowohl als offen als auch als geschlossen* konzeptualisiert werden. Es kann nicht generell davon ausgegangen werden, dass in modernen Expertenorganisationen Grenzen tatsächlich fluider werden. Diese Dissertation zeigt vielmehr, dass Grenzen in modernen Organisationen komplexer, multipler, fragiler und ambivalenter geworden sind. Diese Ambivalenz nimmt die entwickelte Theorieperspektive ernst. Die Analyse hat gezeigt, dass *die Gleichzeitigkeit von Offenheit und Geschlossenheit* und die *kommunikative Selektivität* eines Systems für dessen Fortbestand und Entscheidungsfähigkeit relevant ist. Die Frage, ob Organisationen geschlossen oder offen sind, rückt aus dieser Theorieperspektive in den Hintergrund. Interessanter, gerade auch im Hinblick auf die Erforschung neuer Organisationsformen (siehe dazu Puranam, Alexy et al. 2014; Ringel, Hiller et al. 2018), ist vielmehr die Frage, in welchen Situationen sich eine Organisation kommunikativ resonant zeigt und wie sie ein funktionales Mass an Selektivität finden kann, das sowohl eine eigene Handlungsfähigkeit ermöglicht als auch gleichzeitig organisationales Lernen und Strukturveränderung zulässt. Die vorliegende Studie macht darauf aufmerksam, dass die von der Literatur eingeforderte Offenheit von Organisationen und ihren Grenzen auch gewisse Gefahren und Herausforderungen mit sich bringen. Gerade in vielschichtigen und dynamischen Umwelten können Expertenorganisationen *nicht für alle Erwartungen und Signale* sensibel sein, ohne dabei die eigene Entscheidungsfähigkeit aufs Spiel zu setzen. Zu dieser Erkenntnis kommen auch Heidenreich, Hiller et al. (2018: 170) in einer aktuellen Studie, wonach Organisationen in vernetzten Umwelten nur

überleben können, wenn sie Grenzen aufbauen und ihre eigene Operationslogik kontinuierlich verteidigen:

> «[…] the open systems perspective overlooks the necessary closure of organizations toward their environment. We argue that it is necessary to take into account not only the cognitive openness but also the operational closure of organizations. […] we challenge the assumption of open, permeable boundaries and insist on the role of organizational strategies and internal logics in creating boundaries between external conditions and internal operations and structures.»

Kommunikative Offenheit bedingt, dass ein System auf Basis seiner Operationen geschlossen ist und die Austauschbeziehungen mit der Umwelt eigenständig gestalten kann. In diesem Sinne ist auch der Titel dieser Dissertation zu verstehen, denn «wer für alles offen ist, ist nicht ganz dicht». Ähnlich wie die Beiträge von Schreyögg & Sydow (2010) Ortmann & Sydow (2003), Arndt (2007) und Willke (1992) bekräftigt diese Analyse die These, dass Organisationen sowohl als offene als auch gleichzeitig als geschlossene Systeme zu verstehen und zu erforschen sind.

10.3 Die wechselseitige Konstituierung von Grenzen und Entscheidungen

In der Organisations- und Managementtheorie werden unterschiedliche empirische Phänomene mit Verweis auf die Grenzthematik untersucht (siehe Kapitel 4). Dazu gehören Themenfelder wie soziale Exklusion und Inklusion, Machtprozesse, Gruppendynamiken, Kollaboration, die Entstehung von Communities of Practice, Identitätsbildungsprozesse, Kultur, Innovation oder organisationales Lernen (Lamont & Molnár 2002; Langley, Lindberg et al. 2019). Betriebswirtschaftliche Ansätze haben Grenzen vor allem unter dem Gesichtspunkt von Kosten- und Effizienzüberlegungen oder unter vertragsrechtlichen Aspekten erforscht. Die vorliegende Studie schlägt vor, die Bedeutung von Grenzen für die *Entstehung einer organisationalen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit* sowie für den *Aufbau von organisationalen Entscheidungs-Praktiken* zu ergründen. Mit der hier entwickelten und von der Systemtheorie und Praxistheorie inspirierten Analysebrille rückt der *Zusammenhang zwischen Grenzen und kollektiven Entscheidungs-Praktiken* ins Zentrum der Betrachtung. Konzeptionell sind Grenzen und Entscheidungs-Praktiken eng miteinander verknüpft: Grenzen definieren in einem System, wer, wann, was, wie entscheidet. Gleichzeitig ist kollektives Entscheiden auf ein bestimmtes Mass an Erwartungssicherheit und auf Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen angewiesen. Diese *wechselseitige Konstituierung von Grenzen und Entscheidungen bzw. Entscheidungs-Praktiken* wird in der aktuellen Literaturdebatte kaum diskutiert. Einzig der

Beitrag von Zietsma & Lawrence (2010) thematisiert das rekursive Verhältnis zwischen kollektiven Entscheidungen und Grenzziehungsprozessen und die Bedeutung dieses Zusammenspiels für institutionellen Wandel. Der Beitrag dieser Forschung ist es, zu zeigen, dass die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit einer Expertenorganisation im hohen Masse von der Verfertigung und reflexiven Gestaltung von Organisationsgrenzen abhängt. An der Fallstudie konnte gezeigt werden, wie Organisationsgrenzen in einem langjährigen Transformationsprozess aufgebaut, gestaltet und durch die strukturelle Ausdifferenzierung des Systems fortlaufend verfertigt wurden. Dadurch wurden förderliche Bedingungen geschaffen, um kollektives Entscheiden und der Aufbau einer regelbasierten Entscheidungs-Praxis wahrscheinlicher zu machen. Weil das Zustandekommen von kollektiven und tragfähigen Entscheidungen in Expertenorganisationen immer anspruchsvoller und der Entscheidungsdruck auf Organisationen weiter erhöht wird, ist zentral zu erforschen, wie Grenzen zu gestalten sind, damit kollektives Entscheiden und Handeln in modernen Organisationen ermöglicht werden kann.

10.4 Management als reflexive Gestaltungspraxis von Grenzen

Die Forschungsarbeit zeigt auf, dass Grenzen in modernen Organisationen komplexer und fragiler werden. Grenzen sind ständig in Bewegung und werden über kommunikative Zuschreibungs- und Interpretationsprozesse laufend hervorgebracht oder infrage gestellt. Umso wichtiger wird die *reflexive Gestaltung von Grenzen* für die Sicherung der organisationalen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit, denn es gilt eine Vielzahl an parallel ablaufenden Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung synchron zu gestalten. Erwartungsräume sind immer wieder aufs Neue herzustellen und förderliche Voraussetzungen für kollektives Entscheiden und für die Erbringung einer attraktiven Wertschöpfung laufend erbracht werden (Rüegg-Stürm & Grand 2019: 225; Rüegg-Stürm 2008a). Luhmann weist darauf hin, dass über Entscheidungsprämissen entschieden werden muss und die Funktionalität von Strukturen zu überprüfen ist (Luhmann 2018: 324, 2000: 225). Diese Arbeit geht noch einen Schritt weiter und macht Management zu der Instanz, der die *Verantwortung über die reflexive Gestaltung von Grenzen* zukommt. In diesem Sinne wird Management in Anlehnung an Rüegg-Stürm & Grand (2019) als *reflexive Gestaltungspraxis von Grenzen* verstanden.

Laut der Systemtheorie ist die Autopoiesis von Organisationen eine Alles-oder-Nichts-Frage: Entweder eine Organisation ist autopoietisch oder nicht, «die Organisation besteht oder sie besteht nicht, sie kann nicht ein bißchen bestehen» (Luhmann 1992: 168). Diese Aussage suggeriert, dass auch die Grenzen der Organisation vorliegen oder nicht vorliegen.

Die Beschäftigung mit dem empirischen Fallbeispiel hat aber gezeigt, dass Grenzen in einem *evolutionären Aushandlungsprozess* entstehen: Grenzen müssen aufgebaut, verfertigt und reflexiv gestaltet werden. Diese Gestaltungsarbeit kann dabei unterschiedliche Bezugspunkte haben und sich auf den Umgang mit Informationen, auf Entscheidungsprämissen und Entscheidungs-Praxis, auf die interne Ausdifferenzierung und auf Mitgliedschaftsrollen beziehen (siehe Kapitel 5.10). Die vorliegende Dissertation schlägt vor, dass diese Gestaltungsarbeit vor allem in den *Aufgabenbereich von Management-Verantwortlichen* fällt. Die verteilt ablaufenden Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung müssen auf der Ebene des Gesamtsystems integriert werden. Auf *Basis von Selbstbeobachtung und Reflexivität* ist die Funktionalität der Entscheidungs-Praxis, von wechselseitigen Erwartungsgrenzen und den Beziehungen zur Umwelt kritisch zu überprüft. Je komplexer und vielseitiger dabei Austauschbeziehungen mit der Umwelt werden, desto mehr ist die Management-Praxis gefragt. Es gilt geeignete Kommunikationsstrukturen aufzubauen, damit in gemeinsamen Interpretations- und Sensemakingprozessen je neu über die Öffnung und Schliessung von Grenzen entschieden werden kann. Die reflexive Gestaltung und Beobachtung der Organisation und ihrer Beziehungen zur Umwelt kann dabei nicht von einer Person alleine geleistet werden, sondern ist ein *kollektiver und gemeinschaftlicher Effort*.

11. Schlussbetrachtung

Im Kapitel 11.1 werden die wichtigsten praxisrelevanten und wissenschaftlichen Erkenntnisse dieses Forschungsbeitrages zusammengefasst. Schliesslich wird im Kapitel 11.2 auf die Limitationen dieser Arbeit eingegangen, und im Kapitel 11.3 werden Vorschläge für weitere Forschungsarbeiten gemacht.

11.1 Zusammenfassung der Erkenntnisse

Die vorliegende Arbeit versucht einem Praxispartner eine «verständnisfördernde Perspektive zur Definition von Problemen sowie Fragen und Interpretationsmuster zu ihrer Lösung an die Hand zu geben» (Kubicek 1977: 29). Zudem wurden auf Basis der Einzelfallstudie theoretisch generalisierbare Erkenntnisse für den Aufbau der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit von pluralistischen Expertenorganisationen abgeleitet. Dafür wurde eine Theorie- und Analysebrille entwickelt, die Kerngedanken der neueren Systemtheorie von Luhmann (2002, 2000, 1999, 1992) sowie praxistheoretische Argumente von Nicolini (2012, 2009) sowie Nicolini & Monteiro (2017) vereint. Diese zwei theoretischen Perspektiven erlauben es, einen organisationalen Entwicklungsprozess zu beschreiben, zu erklären und besser zu verstehen. Der gedankliche Ausgangspunkt dieses Forschungsbeitrags war dabei eine konkrete Problemstellung einer Notfallstation eines Schweizer Kantonsspitals. Aufgrund ihres organisationalen Kontextes war die analysierte Notfallstation mit der Management-Herausforderung konfrontiert, dass die zu *erbringende Kernwertschöpfung* in hohem Masse auf *kollektives Entscheiden und Handeln* angewiesen ist, förderliche Bedingungen für kollektives Entscheiden aber immer wieder hergestellt werden mussten. An diesem «Extrembeispiel» konnte die Forschungsfrage thematisiert werden, wie eine pluralistische Expertenorganisation Grenzen als Voraussetzung für den Aufbau der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit sowie für ihre Entscheidungs-Praxis aufbauen kann. Inspiriert von der Systemtheorie wurde davon ausgegangen, dass nur über «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) Organisationen eigene Formen des Prozessierens von Entscheidungen etablieren und so ihre Handlungsfähigkeit in einer sich schnell wandelnden Umwelt sichern können. Diese These steht konträr zur impliziten Annahme aktueller Publikationen (Gassmann & Enkel 2006; Piller & Reichwald 2009; z.B. Porschen-Hueck 2017; Scott & Davis 2016), wonach sich Organisationen gegenüber ihren Umwelten zunehmend öffnen.

Im Rahmen einer qualitativen Langzeitstudie und mithilfe interpretativer Methoden wurde der Transformationsprozess der besagten Notfallzentrale analysiert, um daraus Erkenntnisse für pluralistische Expertenorganisationen ableiten zu können. Die Analyse

des Einzelfalls hat sowohl für die Praxis als auch für die Wissenschaft relevante Resultate generiert. Es konnte gezeigt werden, dass die Entwicklung einer organisationalen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit auf ein *Mindestmass an Erwartungssicherheit* angewiesen ist und Expertenorganisationen auf unterschiedlichen Ebenen – auf der Ebene von Teams, Berufsgruppen und Organisationseinheiten – «Grenzen der Erwartbarkeit von Handlungen» (Luhmann 1999: 60) etablieren und gestalten. Wenn sich Organisationsmitglieder wechselseitig unterstellen können, *wer wann wie welche Entscheidungen* trifft, kann sich ein Netz von Entscheidungs-Praktiken einspielen. Die Entwicklung dieses Netzes erfolgte im Fallbeispiel über ein *kontinuierliches «Hin und Her» zwischen der Herstellung und Destabilisierung von Erwartungsräumen und Grenzen*. Erwartungsräume konnten nicht einmalig festgelegt werden, vielmehr sind die multiplen Grenzen und die spezifischen Entscheidungs-Praktiken einer Organisation fortlaufend dynamisch zu stabilisieren. Gerade im Kontext von diffusen Mitgliedschaftsformen, heterogenen Erfolgsvorstellungen, verteilten Entscheidungskompetenzen und wechselseitigen Abhängigkeiten (Brès, Raufflet et al. 2018; Denis, Langley et al. 2012; Denis, Langley et al. 2007; Denis, Lamothe et al. 2001) ist die Handlungsfähigkeit eines Systems darauf angewiesen, dass fortlaufend beobachtet wird, ob sich Grenzen und Erwartungsräume stabilisieren lassen und förderliche Bedingungen für kollektives Entscheiden vorliegen.

Grenzen in Expertenorganisationen entwickeln sich *dabei fortlaufend durch die strukturelle Ausdifferenzierung eines Systems*. Je stärker eine Organisation eigene Entscheidungs-Praktiken, spezifische Management-Praktiken und eigene Kommunikationsplattformen aufbaut, desto deutlicher kann die System-Umwelt-Differenz beobachtet und Entscheidungen einem System oder seiner Umwelt zugeschrieben werden. Indem *Entscheidungen «programmiert» bzw. verfertigt* und Aufgabenbereiche, Kompetenzen und formale Kommunikationswege definiert werden, können Erwartungsräume fortlaufend verfertigt werden. Da Grenzen das Resultat kommunikativer Aushandlungs- und Zuschreibungsprozesse sind, können sie aber auch über die Kommunikation selbst *beobachtet*, *reflexiv gestaltet und bearbeitet werden*. In kommunikativen Klärungsprozessen sind Grenzen sowohl *über die Zeit* als auch *gegen innen und aussen* dynamisch zu stabilisieren. Zudem können Grenzen über *Beziehungen* gestaltet und hervorgebracht werden. Ob Expertenorganisationen handlungs- und entscheidungsfähig sind, ist von ihrer *kommunikativen Resonanz* und *Selektivität* abhängig. In gemeinsamen *Sensemaking- und Interpretationsprozessen* und auf «Zwischensystemen» wie Sitzungen, Workshops oder anderen Kommunikationsplattformen muss laufend zwischen der

Aufnahme und dem Abweisen von Umweltirritation und zwischen dem selektiven Öffnen und Schliessen der Organisation entschieden werden (Luhmann 1992: 175). Dabei spielen *Grenzstellen wie Management-Teams* eine zentrale Rolle: Indem sie Komplexität an den Grenzen des Systems abwehren oder kontrolliert zulassen, können Erwartungsräume geschützt und über die Zeit stabilisiert werden. Über Grenzstellen kann sich das System mit wichtigen Informationen versorgen und die Funktionalität etablierter Strukturen und Umweltbeziehungen überprüfen (Luhmann 2000: 86). Die verteilt ablaufenden Prozesse der selektiven Öffnung und Schliessung müssen irgendwo im System beobachtet werden. In der vorliegenden Dissertation wird dabei Management zu jener Instanz, der die Verantwortung über die reflexive Gestaltung von Grenzen zukommt. Management wird in diesem Sinne als *reflexive Gestaltungspraxis von Grenzen reinterpretiert*.

Die Dissertation schlägt vor, die Bedeutung von Grenzen für die *Entstehung einer organisationalen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit* zu thematisieren. Grenzen und Entscheidungs-Praktiken konstituieren sich wechselseitig und entstehen *erst über die Zeit.* Die Analyse legt daher nahe, Organisationen und ihre Grenzen aus einer *kommunikationszentrierten und prozessualen Perspektive* zu untersuchen.

11.2 Die Limitationen dieser Dissertation

Jeder Forschungsbeitrag hat *Stärken und Schwächen*. Der Mehrwert dieser Forschung liegt vor allem in der «dichten Beschreibung» (Geertz 1983) eines organisationalen Entwicklungsprozesses. Mit einer *eigenständig entwickelten Analyse- und Beobachterbrille* wurde eine empirische Management-Herausforderung sowohl detailliert als auch im organisationalen Gesamtkontext problematisiert. Die bearbeitete Forschungsfrage, wie es auf einer Notfallstation zu kollektiven Entscheidungs-Praktiken kommen kann, scheint fast schon banal zu wirken, wenn man die spezifischen Herausforderungen und die organisationale Einbettung der analysierten Notfallstation nicht kennt. Es wurde daher versucht, die *Komplexität dieser Organisation darzustellen und aufzuzeigen*, mit welchen Sachzwängen sich Mitarbeitende und Management-Verantwortliche in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert sehen. Die Stärke dieses Beitrages liegt daher vor allem in einer der Realität des Einzelfalles gerecht werdenden wissenschaftlichen Rekonstruktion eines Veränderungsprozesses, die auf Basis eines kontrollierten Fremdverstehens (Lamnek 1995: 16) und der Verschränkung unterschiedlicher Theorieansätze zustande kam. Ganz im Sinne Tsoukas (2017) wurde der *Komplexität einer Organisation* mit einer *komplexitätsadäquaten Theoriebrille* begegnet.

Dieser Fokus auf einen Einzelfall hat aber auch *Nachteile*. Zwar wurde im Teil E stärker von der Empirie abstrahiert und Erkenntnisse für den Aufbau einer organisationalen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit in pluralistischen Expertenorganisationen abgeleitet. Die «dichte Beschreibung», die das Herzstück dieser Arbeit ist, kann allerdings *nicht problemlos auf andere Organisationen übertragen* werden. So sind beispielsweise das Organisations- und Führungsmodell der Notfallstation und die damit einhergehenden Management-Herausforderungen das Resultat historischer «Gewachsenheiten». Bei dem gewählten Research Design stellt sich die Problematik, dass Erkenntnisse des Einzelfalls nicht beliebig generalisiert werden können. Die vorliegende Studie präsentiert vielmehr *Erklärungsansätze für kontextspezifische Dynamiken und Entwicklungen*, und kann keine universell gültigen Erkenntnisse liefern. Es muss aber anerkannt werden, dass auch die detaillierte Beschreibung eines Einzelfalls eine Form der Theoriebildung darstellt und diese Rekonstruktion helfen kann, andere organisationale Kontexte und Problemstellungen besser zu verstehen (Feldman & Orlikowski 2011).

Ein weiterer Nachteil im Forschungsdesign dieser Studie und in der ethnographischen Vorgehensweise liegt im *Risiko der fehlenden Distanz gegenüber dem Untersuchungsgegenstand*. Es stellte sich während des Forschungsprozesses immer wieder die Herausforderung, reichhaltige und detaillierte Daten zu genieren und gleichzeitig aber auch eine gewisse Distanz zum Einzelfall und zum Forschungspartner aufzubauen, um Theorieentwicklung voranzutreiben (Tuckermann 2013a). Erkenntnisse und Beobachtungen kamen aber letztendlich *durch einen gemeinsamen Lernprozess zwischen Forscherin und Praxispartner* zustande. Dies führte so weit, dass nicht immer zwischen Aussagen des Forschungspartners und theoretisch-wissenschaftlichen Beobachtungen unterschieden werden konnte, da Erkenntnisse in gemeinsamen Reflexions- und Interpretationsprozessen zustande kamen. Die Grenze zwischen empirischer Realität und theoretischen Erkenntnissen wurde im Verlauf des Forschungsprozesses zunehmend schwammiger.

Auch die für die empirische Analyse in Anschlag gebrachte theoretische Brille hat ihre Limitationen. Dank einer Theorieperspektive rücken bestimmte Problemstellungen in den Vordergrund, andere hingegen sind für einen Beobachter im blinden Fleck. Beobachten bedeutet immer auch, dass man *etwas anderes nicht beobachtet*: «Beobachten ist demnach das Bezeichnen der einen (und nicht der anderen) Seite einer Unterscheidung» (Luhmann 1990: 84). In diesem Sinne ist eine neutrale, theoriefreie Beobachtung einer empirischen Problemstellung nicht möglich. So liegen auch Fragestellungen nicht einfach vor, sondern sind immer bereits *Konstruktionsleistungen aus einer bestimmten Beobachterperspektive*.

Mit dem empirischen Material hätten beispielsweise auch andere Fragestellungen thematisiert werden können, hätte man eine andere Beobachterbrille gewählt. Auch ist die Darstellung des organisationalen Transformationsprozesses der Notfallstation *nur ein von vielen anderen möglichen Interpretationsversuchen*. Die Dissertation baut auf der These auf, dass die Entscheidungsfähigkeit von Organisationen auf Erwartungsräume und Grenzen angewiesen ist. Ausgehend von diesem Argument wurde im empirischen Material nach entsprechenden Hinweisen und idealtypischen Situationen gesucht, die dieses Argument stützen. Alternative Erklärungsversuche rückten gleichzeitig in den Hintergrund. Es lassen sich mit Sicherheit weitere Faktoren und Deutungsansätze finden, die den Aufbau einer organisationalen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit in einer pluralistischen Expertenorganisation erklären; diese standen hier allerdings nicht im Fokus der Analyse.

Die *Verschränkung von systemtheoretischen und praxistheoretischen Argumenten* mag unkonventionell sein und findet sich in dieser Form in nur wenigen wissenschaftlichen Beiträgen (z.B. Rüegg-Stürm & Grand 2019). Für die Autorin stellte die Verwendung dieser zwei Theorieperspektiven aber keinen Widerspruch dar. Diese theoretischen Perspektiven, die von ähnlichen epistemologischen Grundannahmen geprägt werden, haben geholfen, einen organisationalen Entwicklungsprozess zu deuten und zu verstehen. In diesem Sinne möchte dieser Forschungsbeitrag dazu motivieren, dass *Theorien nicht dogmatisch ausgelegt werden*, keine künstlichen Widersprüchlichkeiten zwischen vermeintlich unterschiedlichen Theorien konstruiert werden, sondern *heuristische Potenziale von Theorien* genutzt werden, um empirische Phänomene besser beschreiben zu können. Trotzdem ergibt sich aus dieser unkonventionellen Verschränkung von Theorieperspektive der Nachteil, dass die Argumentationslinie und die Erkenntnisse schwer in einer internationalen Debatte positioniert werden können. Das liegt unter anderem auch daran, dass die in Deutsch verfasste Systemtheorie in der angelsächsisch geprägten Literaturdiskussion einen schweren Stand hat und nicht en vogue ist (Cooren & Seidl 2020: 479). Es wurde aber versucht zu zeigen, dass die hier entwickelte Theorieperspektive *ein fruchtbarer Ausgangspunkt* für die Erforschung von Organisationen und Grenzen darstellt. Insbesondere die systemtheoretische Einsicht, dass Grenzen *prozessual und über kommunikative Aushandlungsprozesse* entstehen, und Organisationen *sowohl geschlossene als auch als offene Systeme* zu konzeptualisieren sind, kann in der Debatte um «new forms of organizing» und «boundary work» einen spannenden Gegenpol setzen.

Auch die Resultate der Studie sind limitiert. Da Grenzprozesse immer im Wandel sowie räumlich und zeitlich verteilt stattfinden, können sie nie vollständig beobachtet werden.

Erwartungsräume werden über kommunikative Zuschreibungsprozesse, bilaterale Absprachen und vielfältige Beziehungen ausgehandelt, und daher war ein Teil des Aufbaus von Grenzen für diese Analyse *nicht sichtbar*. Grenzprozesse sind nie abgeschlossen, wissenschaftliche Forschungsbeiträge hingegen müssen irgendwann finalisiert und in Wort und Schrift gegossen werden. Daher bestand auch in der Beendigung der aktiven Feldforschung im Februar 2020 eine gewisse Willkürlichkeit, denn die reflexive Gestaltung und fortlaufende Verfertigung von Grenzen lief weiter. Zudem ist auch der organisationale Kontext der analysierten Notfallzentrale in ständiger Bewegung: In der Zwischenzeit sind vermutlich andere Dynamiken und Management-Herausforderungen für den Forschungspartner relevant, die hier nicht berücksichtigt wurden. Die Mühlen der Wissenschaft mahlen langsam, auf jeden Fall langsamer als jene der meisten Expertenorganisationen. Organisationsforschung kann nicht in die Zukunft blicken, sondern versucht, vergangene Entwicklungen und Dynamiken zu rekonstruieren und zu deuten. Daher hinken die Erkenntnisse dieser Dissertation der Realität des Forschungspartners zeitlich nach. In diesem Sinne sind die präsentierten Erkenntnisse von *provisorischer Natur* und verstehen sich lediglich *als aktueller Stand des Irrtums*.

11.3 Vorschläge für weitere Forschung

Wie bereits erwähnt, kennt die Beschäftigung mit Organisationsgrenzen eine lange Tradition und kann als ein genuines sozialwissenschaftliches Forschungsfeld angesehen werden (Lamont & Molnár 2002). Nichtsdestotrotz ergeben sich aber auch laufend *neue Forschungsfelder*. Einige an die vorliegende Dissertation anschliessende Fragestellungen für künftige Forschungsbeiträge werden untenstehend skizziert.

Die Analyse des Einzelfalls hat unter anderem gezeigt, dass die Handlungsfähigkeit von Expertenorganisationen von der Regulierung des Umweltkontakts durch Grenzstellen angewiesen ist. Akteuren wird aber nicht automatisch das Recht zugesprochen, im Auftrag des Systems handeln und entscheiden zu dürfen, vielmehr müssen Grenzstellen ihre *Entscheidungslegitimität laufend erarbeiten*. In künftiger Forschung ist weiter zu ergründen, unter welchen Bedingungen Grenzstellen als solche anerkannt werden und über welche kommunikativen Praktiken sie ihre Legitimität sichern. Ist es beispielsweise ihre hierarchische Stellung oder vielmehr ihre Position in formellen und informellen Beziehungsnetzwerken, die einen Akteur zu einem Systemagenten machen, der das System gegen aussen und innen repräsentiert? Eine ähnliche Forschungslücke markieren Cooren & Seidl (2020), indem sie die Frage aufwerfen, warum einem Akteur das Recht zugesprochen wird, Entscheidungen im Namen der Organisation zu kommunizieren.

Die Erkenntnisse aus der Fallstudie eröffnet eine weitere, nachgelagerte Forschungsfrage: Es wurde gezeigt, dass sich Grenzen sowohl als Nebenprodukt der strukturellen Ausdifferenzierung entwickeln, als auch reflexiv gestaltet werden können. Diese Unterscheidung impliziert, dass Grenzen sowohl gezielt als auch unbewusst und durch alltägliche Praktiken hervorgebracht werden. Dadurch ergibt sich die Frage nach dem *theoretisch-konzeptionellen Verhältnis zwischen Individuen und Grenzen* sowie der *«Agency» von Individuen und Grenzen*: Erfolgen Grenzziehungen bewusst oder unbewusst? Werden Grenzen gezielt erschaffen und durchbrochen oder lediglich durch routinisierte Praktiken unbewusst hervorgebracht? Diese und auch andere Studien (z.B. Lindberg, Walter et al. 2017; Mørk, Hoholm et al. 2012) weisen darauf hin, dass im organisationalen Alltag Grenzen sowohl über reflexive als auch über routinisierte Entscheidungs-Praktiken entstehen. Künftige Forschung könnte die Dynamiken zwischen «gezielten und reflexiven» und «routinierten und unbewussten» Grenzziehungsprozessen detaillierter erforschen. Dazu schreiben Langley, Lindberg et al. (2019: 728) treffend:

> «Our view, however, is that identifying boundary work either with routine activities or with exceptional events […] would be a mistake. […] To resolve this apparent dichotomy the study of boundary work needs to embrace a relational and processual views of agency that does not contrast mundane routinized activity and purposefulness or reflexivity.»

Die in dieser Arbeit im Zentrum stehende Frage, wie kollektive Entscheidungs-Praktiken in Expertenorganisationen und über Organisationseinheiten, Berufsgruppen und Teams hinweg stabilisiert und kollektiver werden können, ist nicht abschliessend geklärt. Die vorliegende Analyse weist darauf hin, dass kollektives Entscheiden auf Grenzen und Erwartungsräume angewiesen ist und Entscheidungs-Praktiken sich in ihrem Zusammenspiel mit anderen Praktiken stabilisieren. Es ist weiter zu thematisieren, welche *Bedeutung z.B. Artefakte für die Kollektivierung von Entscheidungs-Praktiken* haben. Diese Fragestellung blieb in der vorliegenden Arbeit weitestgehend unbeleuchtet. Die Vermutung liegt aber nahe, dass sich Entscheidungs-Praktiken auch über die gemeinsame Nutzung von IT- und Dokumentations-Systeme stabilisieren lassen. Gerade weil der Entscheidungsdruck auf Expertenorganisationen künftig zunehmen wird, kollaborative Arrangements komplexer und die Vernetzung zwischen Organisationen und ihren Umwelten vielfältiger werden, ist weiter zu ergründen, wie in Organisationen förderliche Bedingungen für kollektives Entscheiden und Handeln immer wieder aufs Neue hergestellt werden können.

Literaturverzeichnis

Ahrne, G. (1990): *Agency and Organization.* London: Sage.

Ahrne, G. & Brunsson, N. (2011): Organization outside Organizations: The Significance of Partial Organization. In: *Organization,* 18 (1), 83–104.

Aldrich, H. (1971): Organizational Boundaries and Inter-organizational Conflict. In: *Human Relations,* 24 (4), 279–293.

Aldrich, H. (1979): *Organizations and Environments.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Aldrich, H. & Herker, D. (1977): Boundary Spanning Roles and Organization Structure. In: *Academy of Management Review,* 2 (2), 217–230.

Alvesson, M. & Sandberg, J. (2011): Generating Research Questions through Problematization. In: *Academy of Management Review,* 36 (2), 247–271.

Ancona, D. & Caldwell, D. (1992): Bridging the Boundary: External Activity and Performance in Organizational Teams. In: *Administrative Science Quarterly,* 37 (4), 634–665.

Arndt, L. (2007): Grenzmanagement und die Dualität von Öffnung und Schließung im Kontext der Selbststeuerung in der Logistik. In: Müller-Christ, G., Arndt, L. & Ehnert, I. (Hrsg.): *Nachhaltigkeit und Widersprüche: Eine Managementperspektive*. Münster: LIT-Verlag, 219–240.

Ashby, W. (1956): *An Introduction to Cybernetics*. London: Chapman and Hall.

Ashkenas, R., Ulrich, D., Jick, T. & Kerr, S. (2002): *The Boundaryless Organization. Breaking the Chains of Organizational Structure.* 2nd edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Austin, J. (1972): *Zur Theorie der Sprechakte.* Stuttgart: Reclam.

Baecker, D. (2003): *Organisation und Management.* Aufsätze. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Baitsch, C. (1993): *Was bewegt Organisationen? Selbstorganisation aus psychologischer Perspektive.* Frankfurt, New York, NY: Campus.

Barberio, V., Höllerer, M., Meyer, R. & Jancsary, D. (2015): Structuring Dynamics of Novel Forms of Organizing: The Case of Apache Open Source Software. In: *Academy of Management Proceedings,* 2015 (1), 16280.

Barberio, V., Höllerer, M., Meyer, R. & Jancsary, D. (2018): Organizational Boundaries in Fluid Forms of Production: The Case of Apache Open-Source Software. In: Ringel, L., Hiller, P. & Zietsma, C. (Hrsg.): *Towards Permeable Boundaries of Organizations?* Bingley: Emerald, 139–168.

Barrett, F., Thomas, G. & Hocevar, S. (1995): The Central Role of Discourse in Large-Scale Change: A Social Construction Perspective. In: *Journal of Applied Behavioral Science,* 31 (3), 352–372.

Barthes, R. (2000): Der Tod des Autors. In: Jannidis, G., Martinez, M. & Winko, S. (Hrsg.): *Texte zur Theorie der Autorschaft*. Stuttgart: Reclam, 185–193.

Bate, P. (2000): Changing the Culture of a Hospital: From Hierarchy to Networked Community. In: *Public Administration,* 78 (3), 485–512.

Bateson, G. (1985): *Ökologie des Geistes: Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Beera, J. & Bächlib, E. (2014): Es SGNORt im Gebälk der SGIM. Kritische Faktoren und Chancen einer erfolgreichen Zusammenarbeit oder: «Choose wisely!». In: *Schweizer Medical Forum,* 14 (25), 473–474.

Berger, P. & Luckmann, T. (1977): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie.* 5. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer.

Bertalanffy, L. (1968): *General System Theory: Foundations, Development, Applications.* New York, NY: George Braziller.

Birkinshaw, J., Hamel, G. & Mol, M. (2008): Management Innovation. In: *Academy of Management Review,* 33 (4), 825–845.

Birkinshaw, J. & Mol, M. (2006): General System Theory: Foundations, Development, Applications. In: *Sloan Management Review,* 47 (4), 81–88.

Bjørkeng, K., Clegg, S. & Pitsis, T. (2009): Becoming (a) Practice. In: *Management Learning,* 40 (2), 145–159.

Bogdan, R. & Taylor, S. (1975): *Introduction to Qualitative Research Methods: A Phenomenological Approach to the Social Sciences.* New York, NY: Willey.

Bowker, G. & Star, S. (1999): *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences.* Cambridge: MIT Press.

Brès, L., Raufflet, E. & Boghossian, J. (2018): Pluralism in Organizations: Learning from Unconventional Forms of Organizations. In: *International Journal of Management Reviews,* 20 (2), 364–386.

Brown, J. & Duguid, P. (2001): Knowledge and Organization: A Social-Practice Perspective. In: *Organization Science,* 12 (2), 198–213.

Bucher, S., Chreim, S., Langley, A. & Reay, T. (2016): Contestation about Collaboration: Discursive Boundary Work among Professions. In: *Organization Studies,* 37 (4), 497–522.

Bullinger, H.-J., Warnecke, H. & Westkämper, E. (Hrsg.) (2003): *Neue Organisationsformen im Unternehmen. Ein Handbuch für das moderne Management.* 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.

Busse, J., Humm, B., Lübbert, C., Moelter, F., Reibold, A., Rewald, M. et al. (2014): Was bedeutet eigentlich Ontologie? In: *Informatik Spektrum,* 37 (4), 286–297.

Carlile, P. (2002): A Pragmatic View of Knowledge and Boundaries: Boundary Objects in New Product Development. In: *Organization Science,* 13 (4), 442–455.

Carlile, P. (2004): Transferring, Translating, and Transforming: An Integrative Framework for Managing Knowledge Across Boundaries. In: *Organization Science,* 15 (5), 555–568.

Chreim, S., Langley, A., Comeau-Vallée, M., Huq, J.-L. & Reay, T. (2013): Leadership as Boundary Work in Healthcare Teams. In: *Leadership,* 9 (2), 201–228.

Coleman, J. (1991): *Grundlagen der Sozialtheorie. Band 1: Handlungen und Handlungssysteme.* München: Oldenbourg.

Comeau-Vallée, M. & Langley, A. (2020): The Interplay of Inter- and Intraprofessional Boundary Work in Multidisciplinary Teams. In: *Organization Studies,* 41 (12), 1649-1672.

Cooren, F. & Seidl, D. (2020): Niklas Luhmann's Radical Communication Approach and Its Implications for Research on Organizational Communication. In: *Academy of Management Review,* 45 (2), 479–497.

Cross, R., Yan, A. & Louis, M. (2000): Boundary Activities in 'Boundaryless' Organizations: A Case Study of a Transformation to a Team-Based Structure. In: *Human Relations,* 53 (6), 841–868.

Czarniawska, B. (2007): *Shadowing and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies.* Copenhagen: Copenhagen Business School Press.

Czarniawska, B. (2008): Organizing: How to Study It and How to Write about It. In: *Qualitative Research in Organizations and Management,* 3 (1), 4–20.

Dachler, H.-P. (1992): Management and Leadership as Relational Phenomena. In: Cranach, M. von, Doise, W. & Mugny, G. (Hrsg.): *Social Representations and the Social Basis of Knowledge*. Lewiston: Hogrefe & Huber, 169–178.

Demsetz, H. (1988): The Theory of the Firm Revisited. In: *Journal of Law, Economics, & Organization,* 4 (1), 141–161.

Denis, J.-L., Lamothe, L. & Langley, A. (2001): The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. In: *Academy of Management Journal,* 44 (4), 809–837.

Denis, J.-L., Langley, A. & Rouleau, L. (2007): Strategizing in Pluralistic Contexts: Rethinking Theoretical Frames. In: *Human Relations,* 60 (1), 179–215.

Denis, J.-L., Langley, A. & Rouleau, L. (2010): The Practice of Leadership in the Messy World of Organizations. In: *Leadership,* 6 (1), 67–88.

Denis, J.-L., Langley, A. & Sergi, V. (2012): Leadership in the Plural. In: *The Academy of Management Annals,* 6 (1), 211–283.

DeSanctis, G. & Monge, P. (1999): Introduction to the Special Issue: Communication Processes for Virtual Organizations. In: *Organization Science,* 10 (6), 693–703.

DiMaggio, P. & Powell, W. (1983): The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. In: *American Sociological Review,* 48 (2), 147–160.

Dobusch, L. & Schoeneborn, D. (2015): Fluidity, Identity, and Organizationality: The Communicative Constitution of Anonymous. In: *Journal of Management Studies,* 52 (8), 1005–1035.

Drepper, T. (2018): *Organisationen der Gesellschaft. Gesellschaft und Organisation in der Systemtheorie Niklas Luhmanns.* 2. Auflage. Wiesbaden: Springer.

Dubois, A. & Gadde, L.-E. (2002): Systematic Combining: An Abductive Approach to Case Research. In: *Journal of Business Research* (55), 553–560.

Eisenhardt, K. (1989): Building Theories from Case Study Research. In: *Academy of Management,* 14 (4), 532–550.

Eisenhardt, K. & Brown, S. (1998): Competing on the Edge: Strategy as Structured Chaos. In: *Long Range Planning,* 31 (5), 786–789.

Feldman, M. & Orlikowski, W. (2011): Theorizing Practice and Practicing Theory. In: *Organization Science,* 22 (5), 1240–1253.

Feldman, M. & Pentland, B. (2003): Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change. In: *Administrative Science Quarterly,* 48 (1), 94–118.

Fleisch, E. (2001): *Das Netzwerkunternehmen: Strategien und Prozesse zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit in der „Networked Economy".* Berlin: Springer.

Flick, U. (2004): *Triangulation. Eine Einführung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Flick, U. (2007): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Flick, U. (2009): Beobachtung und Ethnographie. In: Flick, U., Kardorff, E. von & Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 281–303.

Flick, U. (2010): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 395–407.

Foerster, H. von (1993): *Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foss, N. (1996): Knowledge-Based Approaches to the Theory of the Firm: Some Critical Comments. In: *Organization Science,* 7 (5), 470–476.

Friebertshäuser, B. & Richter, S. (2018): Dichte Beschreibung. In: Bohnsack, R., Geimer, A. & Meuser, M. (Hrsg.): *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung.* 4. Auflage. Opladen, Toronto: UTB, 41–44.

Fried, A. (2005): Konstruktivismus. In: Weik, E. & Lang, R. (Hrsg.): *Moderne Organisationstheorien 1. Handlungsorientierte Ansätze*. Wiesbaden: Gabler, 33–62.

Friedrichs, J. & Lüdtke, H. (1973): *Teilnehmende Beobachtung. Einführung in die sozialwissenschaftliche Feldforschung.* 2. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Fuchs-Heinritz, W., Lautmann, R., Rammstedt, O. & Wienold, H. (Hrsg.) (1978): *Lexikon zur Soziologie.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Gassmann, O. & Enkel, E. (2006): Open Innovation: Die Öffnung des Innovationsprozesses erhöht das Innovationspotenzial. In: *Zeitschrift Führung und Organisation,* 75 (3), 132–138.

Geertz, C. (1983): *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Genewein, U., Jakob, M., Bingisser, R., Burla, S. & Heberer, M. (2007): Der Leistungsauftrag als Grundlage für die Gestaltung der Notfallmedizin. In: *Schweizerische Ärztezeitung,* 88 (37), 1549–1555.

Genewein, U., Jakob, M., Bingisser, R., Burla, S. & Heberer, M. (2009): Organisation der Notfallstation. Umfeld und Leistungsauftrag bestimmen das Organisationskonzept. In: *Der Chirurg,* 80 (2), 130–137.

Gherardi, S. & Nicolini, D. (2002): Learning in A Constellation of Interconnected Practices: Canon or Dissonance? In: *Journal of Management Studies,* 39 (4), 419–436.

Giddens, A. (1984): *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration.* Berkeley, Cambridge: Polity Press.

Giddens, A. (1997): *Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung.* Frankfurt am Main: Campus.

Gieryn, T. (1983): Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. In: *American Sociological Review,* 48 (6), 781–795.

Glaser, B. (1978): *Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory.* Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glasersfeld, E. (1981): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawick, P. (Hrsg.): *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus.* München, Zürich: Piper, 16–38.

Gobo, G. & Molle, A. (2017): *Doing Ethnography.* 2nd edition. London: Sage.

Goffman, E. (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life.* New York, NY: Anchor Books.

Goti, F., Wepf, M., Decurtins, M. & Käch, K. (2008): Die Professionalisierung der Notfallversorgung: das Winterthurer Modell. Notfallmanagement durch Fachärzte für Chirurgie. In: *Schweizerische Ärztezeitung,* 89 (47), 1–8.

Grand, S. & Bartl, D. (2011): *Executive Management in der Praxis. Entwicklung – Durchsetzung – Anwendung.* Frankfurt am Main: Campus.

Grant, R. (1996): Toward a Knowledge-Based Theory of the Firm. In: *Strategic Management Journal,* 17, 109–122.

Gutzan, S. & Tuckermann, H. (2019): Neat in Theory, Entangled in Praxis: A Practice Perspective on the Social Notion of Collective Reflection in Organisations. In: *Management Learning,* 50 (3), 319–336.

Gutzan, S., Tuckermann, H., Müller, T. & Rüegg-Stürm, J. (2018): Lean Hospital – ein Praxisbeispiel. Entwicklung einer reflexionsfreundlichen Praxis der Führung und der Zusammenarbeit. In: *Schweizerische Ärztezeitschrift,* 99 (9), 280–283.

Hackl, B., Wagner, M., Attmer, L. & Baumann, D. (2017): *New Work: Auf dem Weg zur neuen Arbeitswelt. Management-Impulse, Praxisbeispiele, Studien*. Wiesbaden: Springer Gabler.

Hamel, G. (2006): The Why, What, and How of Management-Innovation. In: *Harvard Business Review,* 84 (2), 72-84.

Hammer, M. & Champy, J. (1993): *Reengineering the Corporation. A Manifesto for Business Revolution.* New York, NY: Harper Collins.

Hayek, F. von (1969): *Freiburger Studien: Gesammelte Aufsätze.* Tübingen: Mohr.

Hedlund, G. (1994): A Model of Knowledge Management and the N-Form Corporation. In: *Strategic Management Journal,* 15, 73–90.

Heidenreich, M., Hiller, P. & Dörhöfer, S. (2018): Redesigning Organizational Boundaries and Internal Structures: A Sociological Interpretation of Activation Policies. In: Ringel, L., Hiller, P. & Zietsma, C. (Hrsg.): *Towards Permeable Boundaries of Organizations?* Bingley: Emerald, 169–193.

Hermanns, H., Tkocz, C. & Winkler, H. (1984): *Berufsverlauf von Ingenieuren. Biografie-analytische Auswertung narrativer Interviews.* Frankfurt am Main, New York, NY: Campus.

Hernes, T. (2003): Enabling and Constraining Properties of Organizational Boundaries. In: Paulsen, N. & Hernes, T. (Hrsg.): *Managing Boundaries in Organizations. Multiple Perspectives*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 35–54.

Hernes, T. (2004): Studying Composite Boundaries: A Framework of Analysis. In: *Human Relations,* 57 (1), 9–29.

Hernes, T. (2014): *A Process Theory of Organization.* New York, NY: Oxford University Press.

Hernes, T. & Paulsen, N. (2003): Introduction: Boundaries and Organization. In: Paulsen, N. & Hernes, T. (Hrsg.): *Managing Boundaries in Organizations. Multiple Perspectives*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 1–13.

Höver, H. (2013): *Entscheidungsfähigkeit in pluralistischen Organisationen - Rekonstruktion von Entscheidungsmustern eines diakonischen Unternehmens*. Bamberg: Difo-Druck GmbH.

Hui, A., Schatzki, T. & Shove, E. (Hrsg.) (2017): *The Nexus of Practices. Connections, Constellations and Practitioners.* London, New York, NY: Routledge.

Katz, D. & Kahn, R. (1966): *The Social Psychology of Organisations.* New York, NY: Wiley.

Kelle, U. (2017): Die Integration qualitativer und quantitativer Forschung – theoretische Grundlagen von „Mixed Methods". In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie,* 69 (2), 39–61.

Kellogg, K., Orlikowski, W. & Yates, J. (2006): Life in the Trading Zone: Structuring Coordination Across Boundaries in Postbureaucratic Organizations. In: *Organization Science,* 17 (1), 22–44.

Kergel, D. (2018): Qualitative Sozialforschung. Ein integrativer Ansatz. In: Kergel, D. (Hrsg.): *Qualitative Bildungsforschung*. Wiesbaden: Springer, 43–76.

Kislov, R. (2018): Selective Permeability of Boundaries in a Knowledge Brokering Team. In: *Public Administration,* 96 (4), 817–836.

Kociatkiewicz, J. & Kostera, M. (Hrsg.) (2014): *Liquid Organization. Zygmunt Bauman and Organization Theory*. London: Routledge.

Kogut, B. & Zander, U. (1992): Knowledge of the Firm, Combinative Capabilities, and the Replication of Technology. In: *Organization Science,* 3 (3), 383–397.

Krainer, L. & Heintel, P. (2010): *Prozessethik. Zur Organisation ethischer Entscheidungsprozesse.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kreiner, G., Hollensbe, E. & Sheep, M. (2006): On the Edge of Identity: Boundary Dynamics at the Interface of Individual and Organizational Identities. In: *Human Relations,* 59 (10), 1315–1341.

Kromrey, H. (1986): *Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung.* Wiesbaden: Leske und Budrich.

Kubicek, H. (1977): Heuristische Bezugsrahmen und heuristisch angelegte Forschungsdesigns als Elemente einer Konstruktionsstrategie empirischer Forschung. In: Köhler, R. (Hrsg.): *Empirische und handlungstheoretische Forschungskonzeptionen in der Betriebswirtschaftslehre*. Stuttgart: Poeschel, 3–36.

Kühl, S. (2010): *Mitgliedschaft. Das magische Mittel zur Herstellung von Konformität in Organisationen.* Online verfügbar unter https://pub.uni-bielefeld.de/record/2460559, [4.2.2021].

Kühl, S. (2017): *Informalität und Organisationskultur. Eine systemtheoretische Anwendung von Ockhams Rasiermesser.* Online verfügbar unter https://www.uni-bielefeld.de/soz/forschung/orgsoz/Stefan_Kuehl/workingpapers.html, [4.2.2021.

Kuhn, T. (1979): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Lamnek, S. (1995): *Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken.* 3. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Lamont, M. & Molnár, V. (2002): The Study of Boundaries in the Social Sciences. In: *Annual Review of Sociology,* 28, 167–195.

Langley, A. (1999): Strategies for Theorizing from Process Data. In: *Academy of Management Review,* 24 (4), 691-710.

Langley, A. (2007): Process Thinking in Strategic Organization. In: *Strategic Organization,* 5 (3), 271–282.

Langley, A., Lindberg, K., Mørk, B., Nicolini, D., Raviola, E. & Walter, L. (2019): Boundary Work among Groups, Occupations, and Organizations: From Cartography to Process. In: *Academy of Management Annals,* 13 (2), 704–736.

Langley, A., Mintzberg, H., Pitcher, P., Posada, E. & Saint-Macary, J. (1995): Opening up Decision Making: The View from the Black Stool. In: *Organization Science,* 6 (3), 260–279.

Langley, A., Smallman, C., Tsoukas, H. & van de Ven, A. (2013): Process Studies of Change in Organization and Management: Unveiling Temporality, Activity, and Flow. In: *Academy of Management Journal,* 56 (1), 1–13.

Levina, N. & Vaast, E. (2005): The Emergence of Boundary Spanning Competence in Practice: Implications for Implementation and Use of Information Systems. In: *MIS Quarterly,* 29 (2), 335–363.

Lieckweg, T. & Wehrsig, C. (2001): Zur komplementären Ausdifferenzierung von Organisationen und Funktionssystemen. Perspektiven einer Gesellschaftstheorie der Organisation. In: Tacke, V. (Hrsg.): *Organisation und gesellschaftliche Differenzierung*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 39-60.

Lindberg, K., Walter, L. & Raviola, E. (2017): Performing Boundary Work: The Emergence of a New Practice in a Hybrid Operating Room. In: *Social Science & Medicine,* 182, 81–88.

Lüders, C. (2009): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, U., Kardorff, E. von & Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 384–401.

Luhmann, N. (1981): Wie ist soziale Ordnung möglich? In: Luhmann, N. (Hrsg.): *Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft.* Band 2. Frankfurt: Suhrkamp, 195–285.

Luhmann, N. (1984): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Luhmann, N. (1990): *Die Wissenschaft der Gesellschaft.* Frankfurt: Suhrkamp.

Luhmann, N. (1991a): Allgemeine Theorie organisierter Sozialsysteme. In: Luhmann, N. (Hrsg.): *Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 39-50.

Luhmann, N. (1991b): Interaktion, Organisation, Gesellschaft. In: Luhmann, N. (Hrsg.): *Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 9–20.

Luhmann, N. (1992): Organisation. In: Küpper, W. & Ortmann, G. (Hrsg.): *Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen.* 2. Auflage. Wiesbaden: Springer, 165–186.

Luhmann, N. (1993): *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven.* Opladen: Westdeutscher Verlag.

Luhmann, N. (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Luhmann, N. (1999): *Funktionen und Folgen formaler Organisationen.* 5. Auflage. Berlin: Duncker & Humblot.

Luhmann, N. (2000): *Organisation und Entscheidung.* Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Luhmann, N. (2002): *Einführung in die Systemtheorie*. Heidelberg: Carl-Auer.

Luhmann, N. (2004): *Die Realität der Massenmedien.* 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Luhmann, N. (2005a): Die Praxis der Theorie. In: Luhmann, N. (Hrsg.): *Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme.* 7. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 317–335.

Luhmann, N. (2005b): Soziologie als Theorie sozialer Systeme. In: Luhmann, N. (Hrsg.): *Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme.* 7. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 143–172.

Luhmann, N. (2005c): Soziologie des politischen Systems. In: Luhmann, N. (Hrsg.): *Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme.* 7. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 194–223.

Luhmann, N. (2018): Lob der Routine. In: Lukas, E. & Tacke, V. (Hrsg.): *Schriften zur Organisation 1*. Wiesbaden: Springer, 293-332.

Luhmann, N. (2019): Allgemeines Modell organisierter Sozialsysteme. In: Lukas, E. & Tacke, V. (Hrsg.): *Schriften zur Organisation 2*. Wiesbaden: Springer, 121–150.

Lundin, R. & Söderholm, A. (1995): A Theory of the Temporary Organization. In: *Scandinavian Journal of Management,* 11 (4), 437–455.

Mainzer, K. (2012): Komplexität. In: Jahraus, O., Nassehi, A., Grizelj, M., Saake, I., Kirchmeier, C. & Müller, J. (Hrsg.): *Luhmann-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung*. Stuttgart, Weimar: J.B. Metzler, 92–95.

March, J. & Simon, H. (1958): *Organizations.* New York, NY: Willey.

Maturana, H. & Varela, F. (1970): Biologie der Kognition. In: Maturana, H. (Hrsg.): *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig: Vieweg, 32–80.

Maturana, H. & Varela, F. (1980): *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living.* Dorrdrecht: D. Reidel.

Meier, N. (2015): Collaboration in Healthcare Through Boundary Work and Boundary Objects. In: *Qualitative Sociology Review,* 11 (3), 60–82.

Meyer, J. & Rowan, B. (1977): Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In: *American Journal of Sociology,* 83 (2), 340–363.

Miebach, B. (2009): *Prozesstheorie. Analyse, Organisation und System.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mitterlechner, M. (2018): Governing Integrated Care Networks Through Collaborative Inquiry. In: *Journal of Health Organization and Management,* 32 (7), 860–874.

Morgan, G. & Smircich, L. (1980): The Case for Qualitative Research. In: *Academy of Management Review,* 5 (4), 491–500.

Mørk, B., Hoholm, T., Maaninen-Olsson, E. & Aanestad, M. (2012): Changing Practice Through Boundary Organizing: A Case from Medical R&D. In: *Human Relations,* 65 (2), 263–288.

Nassehi, A. (2003): *Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Nassehi, A. (2008): Rethinking Functionalism. Zur Empiriefähigkeit systemtheoretischer Soziologie. In: Kalthoff, H., Hirschauer, S. & Lindemann, G. (Hrsg.): *Theoretische Empirie. Die Relevanz qualitativer Forschung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 79–106.

Nicolini, D. (2009): Zooming In and Out: Studying Practices by Switching Theoretical Lenses and Trailing Connections. In: *Organization Studies,* 30 (12), 1391–1418.

Nicolini, D. (2012): *Practice Theory, Work, and Organization. An Introduction.* Oxford: Oxford University Press.

Nicolini, D., Gherardi, S. & Yanow, D. (2003): *Knowing in Organziations. A Practice-Based Approach.* London: M.E. Sharpe.

Nicolini, D. & Monteiro, P. (2017): The Practice Approach: For a Praxeology of Organisational and Management Studies. In: Langley, A. & Tsoukas, H. (Hrsg.): *The SAGE Handbook of Process Organization Studies*. London: Sage, 110–126.

Ohno, T. (2013): *Das Toyota-Produktionssystem.* 3. Auflage. Frankfurt, New York, NY: Campus.

Ortmann, G. (1995): *Formen der Produktion. Organisation und Rekursivität.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ortmann, G. & Sydow, J. (2003): Grenzmanagement in Unternehmungsnetzwerken: Theoretische Zugänge. In: Zentes, J., Swoboda, B. & Morschett, D. (Hrsg.): *Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Grundlagen - Ansätze - Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler, 895–920.

Ortmann, G., Sydow, J. & Windeler, A. (1997): Organisation als reflexive Strukturation. In: Ortmann, G., Sydow, J. & Türk, K. (Hrsg.): *Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 315–354.

Palmer, I., Benveniste, J. & Dunford, R. (2007): New Organizational Forms: Towards a Generative Dialogue. In: *Organization Studies,* 28 (12), 1829–1847.

Paulsen, N. & Hernes, T. (Hrsg.) (2003): *Managing Boundaries in Organizations. Multiple Perspectives.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Pettigrew, A. (1987): Context and Action in the Transformation of the Firm. In: *Journal of Management Studies,* 24 (6), 649–670.

Pettigrew, A. (1990): Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice. In: *Organization Science,* 1 (3), 267–292.

Pettigrew, A. & Fenton, E. (2000): *The Innovating Organization.* London, Thousand Oaks, CA: Sage.

Pfeffer, J. & Salancik, G. (1978): *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective.* New York, NY: Harper and Row.

Piller, F. & Reichwald, R. (2009): Wertschöpfungsprinzipien von Open Innovation. Information und Kommunikation in verteilten offenen Netzwerken. In: Zerfaß, A. & Möslein, K. (Hrsg.): *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Innovationsmanagement: Strategien im Zeitalter der Open Innovation*. Wiesbaden: Gabler, 105–120.

Porschen-Hueck, S. (2017): Einführung: Der Kompass für die Offene Organisation – Navigation unter Innovationsdruck. In: Porschen-Hueck, S., Huchler, N., Sauer, S., Burgenmeister, M. & Pfeiffer, S. (Hrsg.): *Kompass für Open Organisation. Ein Praktikerhandbuch*. München: ISF München, 9–11.

Porschen-Hueck, S., Huchler, N., Sauer, S., Burgenmeister, M. & Pfeiffer, S. (Hrsg.) (2017): *Kompass für Open Organisation. Ein Praktikerhandbuch.* München: ISF München.

Porschen-Hueck, S., Weihrich, M. & Huchler, N. (2018): Dynamisches Grenzmanagement in Offenen Organisationen. In: Geramanis, O. & Hutmacher, S. (Hrsg.): *Identität in der modernen Arbeitswelt. Neue Konzepte für Zugehörigkeit, Zusammenarbeit und Führung*. Wiesbaden: Springer, 235–257.

Powell, W. & DiMaggio, P. (1991): *The New Institutionalism in Organizational Analysis.* Chicago, IL: University of Chicago Press.

Prahalad, C. & Hamel, G. (1990): The Core Competence of the Corporation. In: *Harvard Business Review,* 68 (3), 79–91.

Prahalad, C. & Hamel, G. (1994): Strategy as a Field of Study: Why Search for a New Paradigm? In: *Strategic Management Journal,* 15 (2), 5–16.

Puranam, P., Alexy, O. & Reitzig, M. (2014): What's "New" About New Forms of Organizing? In: *Academy of Management Review,* 39 (2), 162–180.

Quick, K. & Feldman, M. (2014): Boundaries as Junctures: Collaborative Boundary Work for Building Efficient Resilience. In: *Journal of Public Administration Research and Theory,* 24 (3), 673–695.

Ringel, L., Hiller, P. & Zietsma, C. (Hrsg.) (2018): *Towards Permeable Boundaries of Organizations?* Bingley: Emerald.

Rodríguez, C., Langley, A., Béland, F. & Denis, J.-L. (2003): Managing Across Boundaries in Health Care: The Forces for Change and Inertia. In: Paulsen, N. & Hernes, T. (Hrsg.): *Managing Boundaries in Organizations. Multiple Perspectives*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 147-168.

Rüegg-Stürm, J. (2000): Jenseits der Machbarkeit - Idealtypische Herausforderungen tiefgreifender unternehmerischer Wandelprozesse aus einer systemisch-relational-konstruktivistischen Perspektive. In: Schreyögg, G. & Conrad, P. (Hrsg.): *Organisatorischer Wandel und Transformation.* Band 10. Wiesbaden: Gabler, 195–237.

Rüegg-Stürm, J. (2002): *Dynamisierung von Führung und Organisation. Eine Einzelfallstudie zur Unternehmensentwicklung von Ciba-Geigy 1987-1996.* Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

Rüegg-Stürm, J. (2003): *Organisation und organisationaler Wandel. Eine theoretische Erkundung aus konstruktivistischer Sicht.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rüegg-Stürm, J. (2008a): Führung ist nicht gleich Führung. In: *Schweizerische Ärztezeitung,* 89 (23), 1025–1027.

Rüegg-Stürm, J. (2008b): *"Hinter den Kulissen" des St. Galler Management-Modells. Eckpfeiler eines systemischen Managements.* Diskussionspapier. St.Gallen: Institut für Betriebswirtschaft, Universität St.Gallen.

Rüegg-Stürm, J. (2009): Spitalmanagement im Kontext zunehmender Ungewissheit und Ambiguität. In: *Schweizerische Ärztezeitschrift,* 90 (47), 1850–1854.

Rüegg-Stürm, J. & Grand, S. (2019): *Das St.Galler Management-Modell. Management in einer komplexen Welt.* Bern: Haupt.

Rüegg-Stürm, J. & Mitterlechner, M. (2011): Management als konstruktive Handhabung von Grenzen. In: *IMPacts* (2), 7-9.

Rüegg-Stürm, J. & Young, M. (2000): Zur Bedeutung neuer, netzwerkartiger Führungs- und Organisationsformen für das Management von Dienstleistungsunternehmungen. In: Belz, C. & Bieger, T. (Hrsg.): *Dienstleistungskompetenz und innovative Geschäftsmodelle*. St.Gallen: Thexis, 88–123.

Sanchez-Bueno, M. & Suarez-Gonzalez, I. (2010): Towards New Organizational Forms. In: *International Journal of Organizational Analysis,* 18 (3), 340–357.

Santos, F. & Eisenhardt, K. (2005): Organizational Boundaries and Theories of Organization. In: *Organization Science,* 16 (5), 491–508.

Schatzki, T., Knorr-Cetina, K. & Savigny, E. (2000): *The Practice Turn in Contemporary Theory*. London: Routledge.

Schedler, K. & Rüegg-Stürm, J. (Hrsg.) (2013): *Multirationales Management. Der erfolgreiche Umgang mit widersprüchlichen Anforderungen an die Organisation.* Bern: Haupt.

Schmidt, J. & Kieserling, A. (2017): *Niklas Luhmann. Systemtheorie der Gesellschaft.* Berlin: Suhrkamp.

Schmidt, S. (2005): *Unternehmenskultur. Die Grundlage für den wirtschaftlichen Erfolg von Unternehmen.* Weilerwist: Velbrück Wissenschaft.

Schreyögg, G. & Sydow, J. (Hrsg.) (1997): *Gestaltung von Organisationsgrenzen.* Berlin: de Gruyter.

Schreyögg, G. & Sydow, J. (2010): CROSSROADS—Organizing for Fluidity? Dilemmas of New Organizational Forms. In: *Organization Science,* 21 (6), 1251–1262.

Schütz, A. (1971): *Gesammelte Aufsätze I: Das Problem der sozialen Wirklichkeit.* Den Haag: Martinus Nijhoff.

Scott, R. (1998): *Organizations: Rational, Natural, and Open Systems.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Scott, R. & Davis, G. (2016): *Organizations and Organizing. Rational, Natural, and Open Systems Perspectives.* London, New York: Routledge.

Sen, A. (1985): *Commodities and Capabilities.* Amsterdam: North-Holland.

Shipilov, A. & Gawer, A. (2020): Integrating Research on Interorganizational Networks and Ecosystems. In: *Academy of Management Annals,* 14 (1), 92–121.

Siggelkow, N. & Rivkin, J. (2005): Speed and Search: Designing Organizations for Turbulence and Complexity. In: *Organization Science,* 16 (2), 101–122.

Simon, F. (1993): *Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Simon, F. (2006): *Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus.* Heidelberg: Carl-Auer.

Simon, F. (2007): *Einführung in die systemische Organisationstheorie.* Heidelberg: Carl-Auer.

Simon, F. (2018): *Einführung in die Systemtheorie des Konflikts.* 4. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer.

Star, S. & Griesemer, J. (1989): Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39. In: *Social Studies of Science,* 19 (3), 387–420.

Steinke, I. (1999): *Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung.* Weinheim: Juventa.

Steinke, I. (2009): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardorff, E. von & Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 319–331.

Sydow, J. (1992): *Strategische Netzwerke. Evolution und Organisation.* Wiesbaden: Gabler.

Sydow, J. & Braun, T. (2017): *Projektmanagement und temporäres Organisieren.* Stuttgart: Kohlhammer.

Sydow, J. & Duschek, S. (2000): Starke Beziehungen, durchlässige Grenzen – Grenzmanagement in einem Dienstleistungsnetzwerk. In: *Die Betriebswirtschaft,* 60 (4), 441–458.

Tacke, V. (1997): Systemrationalisierung an ihren Grenzen - Organisationsgrenzen und Funktionen von Grenzstellen in Wirtschaftsorganisationen. In: Schreyögg, G. & Sydow, J. (Hrsg.): *Gestaltung von Organisationsgrenzen*. Berlin: de Gruyter, 1–44.

Tacke, V. (2001): Funktionale Differenzierung als Schema der Beobachtung von Organisationen. Zum theoretischen Problem und empirischen Wert von Organisationstypologien. In: Tacke, V. (Hrsg.): *Organisation und gesellschaftliche Differenzierung*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 141–169.

Tacke, V. & Drepper, T. (2018): *Soziologie der Organisation.* Wiesbaden: Springer.

Thomas, S. (2019): *Ethnografie. Eine Einführung.* Wiesbaden: Springer.

Thompson, J. (1967): *Organizations in Action. Social Science Bases of Administrative Theory.* New York, NY: McGraw-Hill.

Tsoukas, H. (2017): Don't Simplify, Complexify: From Disjunctive to Conjunctive Theorizing in Organization and Management Studies. In: *Journal of Management Studies,* 54 (2), 132–153.

Tsoukas, H. & Chia, R. (2002): On Organizational Becoming: Rethinking Organizational Change. In: *Organization Science,* 13 (5), 567–582.

Tuckermann, H. (2013a): *Einführung in die systemische Organisationsforschung.* Heidelberg: Carl-Auer.

Tuckermann, H. (2013b): Multirationales Management im Spital. In: Schedler, K. & Rüegg-Stürm, J. (Hrsg.): *Multirationales Management. Der erfolgreiche Umgang mit widersprüchlichen Anforderungen an die Organisation*. Bern: Haupt, 93–114.

Ulrich, H. (1981): Die Betriebswirtschaftslehre als anwendungsorientierte Sozialwissenschaft. In: Geist, M. & Köhler, R. (Hrsg.): *Die Führung des Betriebs: Herrn Professor Dr.Dr.h.c. Curt Sandig zu seinem 80. Geburtstag*. Stuttgart: Poeschel, 1–25.

Ulrich, H. (1984): *Management.* Bern: Haupt.

Ulrich, H. (2001): *Gesammelte Schriften.* Band 1-5. Bern: Haupt.

van de Ven, A. (2007): *Engaged Scholarship. A Guide for Organizational and Social Research.* Oxford, New York: Oxford University Press.

van Maanen, J. (1979): The Fact of Fiction in Organizational Ethnography. In: *Administrative Science Quarterly,* 24 (4), 539–550.

Vogd, W. (2005): *Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung. Eine empirische Versöhnung unterschiedlicher theoretischer Perspektiven.* Opladen: Budrich.

Walgenbach, P. & Meyer, R. (2008): *Neoinstitutionalistische Organisationstheorie.* Stuttgart: Kohlhammer.

Walker, D. & Betz, P. (2013): *Jetzt kommt der Patient. Das Notfall-Flusskonzept.* Zürich: Walkerproject.

Weick, K. (1979): *The Social Psychology of Organizing*. 2nd edition. New York, NY: McGraw-Hill.

Weick, K. (1989): Theory Construction as Disciplined Imagination. In: *Academy of Management Review,* 14 (4), 516–531.

Weick, K. (1995): *Sensemaking in Organizations.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Weick, K. (2001): „Drop your Tools!". Ein Gespräch mit Karl E. Weick. In: Bardmann, T. & Groth, T. (Hrsg.): *Zirkuläre Positionen 3. Organisation, Management und Beratung.* Band 3. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 123–138.

Wenger, E. (1998): *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity.* Cambridge, NY: Cambridge University Press.

Whiteman, W. (1998): *Training and Educating Army Officers for the 21st Century: Implications for the United States Military Academy.* Fort Belvoir, VA: Defense Technical Information Center.

Williamson, O. (1975): *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications.* New York, NY: Free Press.

Williamson, O. (1990): *Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus : Unternehmen, Märkte, Kooperationen.* Tübingen: Mohr Siebeck.

Willke, H. (1992): Beobachtung, Beratung und Steuerung von Organisationen in systemtheoretischer Sicht. In: Wimmer, R. (Hrsg.): *Organisationsberatung. Neue Wege und Konzepte.* Wiesbaden: Gabler, 17–42.

Willke, H. (1995): *Systemtheorie III: Steuerungstheorie: Grundzüge einer Theorie der Steuerung komplexer Sozialsysteme.* Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Willke, H. (1999): *Systemtheorie II: Interventionstheorie.* 3. Auflage. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Willke, H. (2005): Komplexität als Formprinzip. In: Baecker, D. (Hrsg.): *Schlüsselwerke der Systemtheorie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 303–323.

Willke, H. (2009): Zur Komplexität der Entscheidungstheorie. In: *Soziale Systeme,* 15 (1), 62-72.

Wimmer, R. (1993): Wozu brauchen wir ein General Management? In: *Hernsteiner,* 6 (3), 4–12.

Wimmer, R. (1997): Von der Hierarchie zum internen Netzwerk. In: *Hernsteiner* (2), 14–20.

Wimmer, R. (2017): Führung und Change Management als Grundlage einer dauerhaften Wettbewerbsfähigkeit. In: Roehl, H. & Asselmeyer, H. (Hrsg.): *Organisation klug gestalten*. Stuttgart: Schäffer-Pöschel, 191–209.

Yan, A. & Louis, M. (1999): The Migration of Organizational Functions to the Work Unit Level: Buffering, Spanning, and Bringing up Boundaries. In: *Human Relations,* 52 (1), 25–47.

Yersin, B., Meier, K., Bürgi, Ulrich, Kleger, Gian R, Kohler, H. & Herzog, M. (2005): Notfallstationen: Strukturelle und organisatorische Empfehlungen für die Qualitätssicherung. In: *Schweizerische Ärztezeitung,* 86 (32/33), 1918–1928.

Yin, R. (2003): *Applications of Case Study Research.* 4th edition. Thousand Oaks, CA: Sage.

Yin, R. (2009): *Case Study Research. Design and Methods.* 4th edition. Thousand Oaks, CA: Sage.

Yin, R. (2011): *Qualitative Research from Start to Finish.* New York: Guilford Press.

Zietsma, C. & Lawrence, T. (2010): Institutional Work in the Transformation of an Organizational Field: The Interplay of Boundary Work and Practice Work. In: *Administrative Science Quarterly,* 55 (2), 189–221.

Zimmermann, H., Bachmann, D., Berger, P., Diem, K., Durrere, B. & Ummenhofer, W. (2015): Die klinische Notfallmedizin im Wandel. In: *Schweizerische Ärztezeitung,* 96 (1-2), 6–7.

Anhang

Anhang 1: Verzeichnisse der Forschungsaktivitäten

Zusammenfassender Überblick des Datenkorpus

Art der Datenerhebung	Rolle der Forscherin bzw. des Forschungsteams	Anzahl	Stunden
Semistrukturierte Leitfadeninterviews	Interviewerin, Gesprächspartnerin	68	53h 52min
Teilnehmende Beobachtungen	Beobachterin	105	--
Shadowing	Beobachterin, Gesprächspartnerin	25	Circa 132h 25min
Dokumente und Protokolle des Forschungspartners	Keine	163	--
Reflexionsworkshops	Präsentierende, Moderatorin, Beobachterin, Reflexion und Plausibilisierung von Daten	9	Circa 24h 55min

Verzeichnis der Interviews

Nr.	Index	Berufsgruppe/ Bereich	Funktion	Datum	Dauer	Art des Interviews	Rolle der Forscherin	Autorin
1	I-C-1	Chirurgie	Chefarzt ZNS	03.07.2014	1h	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
2	I-MA-1	Management	Projektleiter	10.07.2014	1h 45min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
3	I-IM-1	Innere Medizin	Leitender Arzt ZNS	18.07.2014	2h 1min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
4	I-PF-1	Pflege ZNS	Pflegeleitung und Pflegeleitung STV	23.07.2014	1h 6min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
5	I-PF-2	Pflege ZNS	Pflegefachperson	21.05.2015	30min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
6	I-PF-3	Pflege ZNS	Pflegefachperson	02.06.2015	58min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
7	I-C-2	Chirurgie	Chefarzt ZNS	02.06.2015	1h 12min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
8	I-PF-4	Pflege ZNS	Pflegefachperson	03.06.2015	1h 5min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
9	I-PF-5	Pflege ZNS	Pflegefachperson	03.06.2015	1h 2min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
10	I-PF-6	Pflege ZNS	Pflegefachperson	03.06.2015	57min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
11	I-PF-7	Pflege ZNS	Pflegefachperson	04.06.2015	1h 10min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
12	I-PF-8	Pflege ZNS	Pflegeleitung ad iterim	04.06.2015	55min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
13	I-PF-9	Pflege ZNS	Pflegeleitung STV	09.06.2015	1h 5min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
14	I-PF-10	Pflege ZNS	Pflegefachperson	09.06.2015	55min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend

15	I-PF-11	Pflege ZNS	Pflegeleitung	10.06.2015	1h 15min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
16	I-IM-2	Innere Medizin	Leitender Arzt ZNS, STV Chefarzt ZNS	17.06.2015	58min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
17	I-C-3	Chirurgie	Assistenzarzt	21.07.2015	39min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
18	I-IM-3	Innere Medizin	Assistenzarzt	21.07.2015	46min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
19	I-C-4	Chirurgie	Assistenzarzt	21.07.2015	26min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
20	I-IM-4	Innere Medizin	Assistenzarzt	21.07.2015	30min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
21	I-C-5	Chirurgie	Assistenzarzt	21.07.2015	38min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
22	I-MPA-1	Pflege/MPA ZNS	Medizinische Praxisangestellte	22.07.2015	37min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
23	I-MPA-2	Pflege/MPA ZNS	Medizinische Praxisangestellte	23.07.2015	30min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
24	I-C-6	Chirurgie	Assistenzarzt	16.07.2016	26min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
25	I-PF-12	Pflege ZNS	Pflegefachperson	16.07.2016	37min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
26	I-C-7	Chirurgie	Oberarzt	16.07.2016	23min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
27	I-PF-13	Pflege ZNS	Pflegefachperson	18.07.2016	27min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
28	I-IM-5	Innere Medizin	Leitender Arzt ZNS, STV Chefarzt ZNS	19.07.2016	1h 8min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
29	I-PF-14	Pflege ZNS	Pflegeleitung	19.07.2016	1h 10min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
30	I-PF-15	Pflege ZNS	Pflegeleitung STV	26.07.2016	57min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend

31	I-C-8	Chirurgie	Chefarzt ZNS	26.07.2016	1h 5min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
32	I-PF-16	Pflege ZNS	Pflegefachperson	17.08.2016	52min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
33	I-IM-6	Innere Medizin	Assistenzarzt	24.08.2016	29min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
34	I-IM-7	Innere Medizin	Oberarzt	24.08.2016	33min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
35	I-MPA-3	Pflege/MPA ZNS	Medizinische Praxisangestellte	08.09.2016	30min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
36	I-PF-17	Pflege ZNS	Pflegefachperson	08.09.2016	54min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
37	I-MPA-4	Pflege/MPA ZNS	Medizinische Praxisangestellte	08.09.2016	34min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
38	I-PF-18	Pflege ZNS	Pflegefachperson	20.03.2018	52min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
39	I-PF-19	Pflege ZNS	Pflegefachperson	20.03.2018	55min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
40	I-C-9	Chirurgie	Chefarzt ZNS	20.03.2018	59min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
41	I-C-10	Chirurgie	Assistenzarzt	21.03.2018	51min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
42	I-PF-20	Pflege ZNS	Pflegeleitung	21.03.2018	1h 4min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
43	I-MPA-5	Pflege/MPA ZNS	Medizinische Praxisangestellte	21.03.2018	47min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
44	I-IM-8	Innere Medizin	Assistenzarzt	23.03.2018	56min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
45	I-PF-21	Pflege ZNS	Pflegefachperson	23.03.2018	55min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
46	I-R-1	Radiologie	Leitender Arzt	28.03.2018	54min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
47	I-IM-9	Innere Medizin	Assistenzarzt	29.03.2018	28min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend

48	I-IM-10	Innere Medizin	Oberarzt	29.03.2018	51min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
49	I-IM-11	Innere Medizin	Unterassistent	29.03.2018	28min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
50	I-C-11	Chirurgie	Assistenzarzt	29.03.2018	25min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
51	I-IM-12	Innere Medizin	Assistenzarzt	06.04.2018	32min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
52	I-PF-22	Pflege Bettenstation	Pflegefachperson Bettenstation	06.04.2018	49min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
53	I-IM-13	Innere Medizin	Oberarzt	06.04.2018	20min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
54	I-MPA-6	Pflege/MPA ZNS	Medizinische Praxisangestellte	10.04.2018	36min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
55	I-PF-23	Pflege ZNS	Pflegefachperson	10.04.2018	38min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
56	I-MPA-7	Pflege/MPA ZNS	Leitung MPA	10.04.2018	1h 20min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
57	I-IM-14	Innere Medizin	Leitender Arzt ZNS, STV Chefarzt ZNS	24.04.2018	15min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
58	I-C-12	Chirurgie	Oberarzt	24.04.2018	55min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
59	I-PF-24	Pflege Intensivmedizin	Pflegeleitung Intensivmedizin	24.04.2018	1h 23min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
60	I-I-1	Intensivmedizin	Chefarzt Intensivmedizin	25.04.2018	1h 7min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
61	I-PF-25	Pflege ZNS	Pflegefachperson	25.04.2018	34min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
62	I-PF-26	Pflege ZNS	Pflegefachperson	12.08.2018	11min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
63	I-C-13	Chirurgie	Chefarzt ZNS	11.02.2019	15min	Telefon-interview	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend

64	I-MA-2	Management	Klinikmanager	19.02.2019	1h 3min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
65	I-C-14	Chirurgie	Chefarzt ZNS	12.06.2019	21min	Telefon-interview	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend
66	I-C-15	Chirurgie	Chefarzt ZNS	23.10.2019	15min	Telefon-interview	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
67	I-MA-3	Management	Klinikmanager	28.11.2019	48min	Face-to-Face	Interviewerin, Gesprächspartnerin	anwesend
68	I-C-16	Chirurgie	Chefarzt	13.03.2015	45min	Telefon-interview	Interviewerin, Gesprächspartnerin	nicht anwesend

Verzeichnis der teilnehmenden Beobachtungen

Nr.	Index	Art der Beobachtung	Datum	Rolle der Forscherin	Autorin
1	TB-1	Teilnehmende Beobachtung Struktursitzung Notfall	12.06.2014	Beobachterin	nicht anwesend
2	TB-2	Teilnehmende Beobachtung Struktursitzung Notfall	07.07.2014	Beobachterin	nicht anwesend
3	TB-3	Teilnehmende Beobachtung Struktursitzung Notfall	26.08.2014	Beobachterin	nicht anwesend
4	TB-4	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	05.01.2015	Beobachterin	nicht anwesend
5	TB-5	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	05.05.2015	Beobachterin	nicht anwesend
6	TB-6	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.05.2015	Beobachterin	nicht anwesend

7	TB-7	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	02.06.2015	Beobachterin	nicht anwesend
8	TB-8	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	02.06.2015	Beobachterin	nicht anwesend
9	TB-9	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	16.06.2015	Beobachterin	nicht anwesend
10	TB-10	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	28.07.2015	Beobachterin	nicht anwesend
11	TB-11	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	18.08.2015	Beobachterin	nicht anwesend
12	TB-12	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	18.08.2015	Beobachterin	nicht anwesend
13	TB-13	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	01.09.2015	Beobachterin	nicht anwesend
14	TB-14	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	29.09.2015	Beobachterin	nicht anwesend
15	TB-15	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	20.10.2015	Beobachterin	nicht anwesend
16	TB-16	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	20.11.2015	Beobachterin	nicht anwesend
17	TB-17	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	24.11.2015	Beobachterin	nicht anwesend
18	TB-18	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	08.12.2015	Beobachterin	nicht anwesend
19	TB-19	Teilnehmende Beobachtung Vortrag von Chefarzt ZNS zu Lean Management	06.01.2016	Beobachterin	nicht anwesend

20	TB-20	Teilnehmende Beobachtung Strategie-Retraite des Management-Teams 2016	18./19.01.2016	Beobachterin	nicht anwesend
21	TB-21	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	02.02.2016	Beobachterin	nicht anwesend
22	TB-22	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	16.02.2016	Beobachterin	nicht anwesend
23	TB-23	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	10.03.2016	Beobachterin	nicht anwesend
24	TB-24	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	22.03.2016	Beobachterin	nicht anwesend
25	TB-25	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	12.04.2016	Beobachterin	nicht anwesend
26	TB-26	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	10.05.2016	Beobachterin	nicht anwesend
27	TB-27	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	24.05.2016	Beobachterin	nicht anwesend
28	TB-28	Teilnehmende Beobachtung Strategie-Retraite des Management-Teams 2016	27.06.2016	Beobachterin	nicht anwesend
29	TB-29	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.07.2016	Beobachterin	nicht anwesend
30	TB-30	Teilnehmende Beobachtung Informations-Sitzung MPA	26.07.2016	Beobachterin	nicht anwesend
31	TB-31	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	02.08.2016	Beobachterin	nicht anwesend
32	TB-32	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	23.08.2016	Beobachterin	nicht anwesend

33	TB-33	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	13.09.2016	Beobachterin	nicht anwesend
34	TB-34	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	11.10.2016	Beobachterin	nicht anwesend
35	TB-35	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	29.11.2016	Beobachterin	nicht anwesend
36	TB-36	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	20.12.2016	Beobachterin	nicht anwesend
37	TB-37	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	10.01.2017	Beobachterin	nicht anwesend
38	TB-38	Teilnehmende Beobachtung Informationsveranstaltung für Pflegende zu Fast-Track und Anmeldezentrale	17.01.2017	Beobachterin	nicht anwesend
39	TB-39	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	31.01.2017	Beobachterin	nicht anwesend
40	TB-40	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	14.02.2017	Beobachterin	nicht anwesend
41	TB-41	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	07.03.2017	Beobachterin	nicht anwesend
42	TB-42	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	28.03.2017	Beobachterin	nicht anwesend
43	TB-43	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	11.04.2017	Beobachterin	nicht anwesend
44	TB-44	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	25.04.2017	Beobachterin	nicht anwesend
45	TB-45	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	16.05.2017	Beobachterin	nicht anwesend

46	TB-46	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	30.05.2017	Beobachterin	nicht anwesend
47	TB-47	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	13.06.2017	Beobachterin	nicht anwesend
48	TB-48	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	04.07.2017	Beobachterin	nicht anwesend
49	TB-49	Teilnehmende Beobachtung Strategie-Retraite des Management-Teams 2017	18./19.07.2017	Beobachterin	nicht anwesend
50	TB-50	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	22.08.2017	Beobachterin	anwesend
51	TB-51	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	05.09.2017	Beobachterin	anwesend
52	TB-52	Teilnehmende Beobachtung Sitzung "Evaluation Koordinationsupdate"	19.09.2017	Beobachterin	anwesend
53	TB-53	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.09.2017	Beobachterin	anwesend
54	TB-54	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	03.10.2017	Beobachterin	anwesend
55	TB-55	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	17.10.2017	Beobachterin	anwesend
56	TB-56	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	14.11.2017	Beobachterin	anwesend
57	TB-57	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.12.2017	Beobachterin	anwesend
58	TB-58	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	09.01.2018	Beobachterin	anwesend

59	TB-59	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	23.01.2018	Beobachterin	anwesend
60	TB-60	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	06.02.2018	Beobachterin	anwesend
61	TB-61	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	20.02.2018	Beobachterin	anwesend
62	TB-62	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	06.03.2018	Beobachterin	nicht anwesend
63	TB-63	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	20.03.2018	Beobachterin	nicht anwesend
64	TB-64	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	10.04.2018	Beobachterin	anwesend
65	TB-65	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	24.04.2018	Beobachterin	nicht anwesend
66	TB-66	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	15.05.2018	Beobachterin	nicht anwesend
67	TB-67	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	12.06.2018	Beobachterin	anwesend
68	TB-68	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	26.06.2018	Beobachterin	nicht anwesend
69	TB-69	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	10.07.2018	Beobachterin	nicht anwesend
70	TB-70	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	07.08.2018	Beobachterin	nicht anwesend
71	TB-71	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	21.08.2018	Beobachterin	nicht anwesend

72	TB-72	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	11.09.2018	Beobachterin	anwesend
73	TB-73	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	25.09.2018	Beobachterin	nicht anwesend
74	TB-74	Teilnehmende Beobachtung Strategie-Retraite des Management-Teams 2018	26./27.09.2018	Beobachterin	anwesend
75	TB-75	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	06.11.2018	Beobachterin	nicht anwesend
76	TB-76	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	18.12.2018	Beobachterin	anwesend
77	TB-77	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	08.01.2019	Beobachterin	nicht anwesend
78	TB-78	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	29.01.2019	Beobachterin	anwesend
79	TB-79	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.02.2019	Beobachterin	anwesend
80	TB-80	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	05.03.2019	Beobachterin	anwesend
81	TB-81	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.03.2019	Beobachterin	nicht anwesend
82	TB-82	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	23.04.2019	Beobachterin	anwesend
83	TB-83	Teilnehmende Beobachtung einer Informationsveranstaltungen Notfallpraxis	27.05.2019	Beobachterin	anwesend
84	TB-84	Teilnehmende Beobachtung Informationsveranstaltung für Pflegende zur Notfallpraxis	27.05.2019	Beobachterin	anwesend

85	TB-85	Teilnehmende Beobachtung Informationsveranstaltung für Sekretariatsangestellte zur Notfallpraxis	27.05.2019	Beobachterin	anwesend
86	TB-86	Teilnehmende Beobachtung Informationsveranstaltung für Hausärzte zur Notfallpraxis	27.05.2019	Beobachterin	anwesend
87	TB-87	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	04.06.2019	Beobachterin	nicht anwesend
88	TB-88	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	23.07.2019	Beobachterin	nicht anwesend
89	TB-89	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	06.08.2019	Beobachterin	anwesend
90	TB-90	Teilnehmende Beobachtung Strategie-Retraite des Management-Teams 2019	14./15.08.2019	Beobachterin	nicht anwesend
91	TB-91	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	20.08.2019	Beobachterin	nicht anwesend
92	TB-92	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	03.09.2019	Beobachterin	nicht anwesend
93	TB-93	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	17.09.2019	Beobachterin	anwesend
94	TB-94	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	01.10.2019	Beobachterin	nicht anwesend
95	TB-95	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	22.10.2019	Beobachterin	anwesend
96	TB-96	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	05.11.2019	Beobachterin	nicht anwesend

97	TB-97	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.11.2019	Beobachterin	nicht anwesend
98	TB-98	Teilnehmende Beobachtung Einführung/Schulung neuer Assistenzärzte	28.11.2019	Beobachterin	anwesend
99	TB-99	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	03.12.2019	Beobachterin	nicht anwesend
100	TB-100	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	17.12.2019	Beobachterin	nicht anwesend
101	TB-101	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	07.01.2020	Beobachterin	nicht anwesend
102	TB-102	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	21.01.2020	Beobachterin	nicht anwesend
103	TB-103	Teilnehmende Beobachtung Einführung/Schulung neuer Assistenzärzte	22.01.2020	Beobachterin	anwesend
104	TB-104	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	04.02.2020	Beobachterin	anwesend
105	TB-105	Teilnehmende Beobachtung der "Leitungskonferenz" der ZNS	18.02.2020	Beobachterin	anwesend

Verzeichnis der Shadowing-Episoden

Nr.	Index	Art der Beobachtung	Datum	Rolle der Forscherin bzw. des Forschungsteams	Dauer	Autorin
1	S-1	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf Pflege)	21.05.2015	Beobachterin, Gesprächspartnerin	9h	nicht anwesend
2	S-2	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf Pflege)	22.05.2015	Beobachterin, Gesprächspartnerin	9h	nicht anwesend
3	S-3	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf Medizin)	22.07.2015	Beobachterin, Gesprächspartnerin	8h 30min	nicht anwesend
4	S-4	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf Chirurgie)	23.07.2015	Beobachterin, Gesprächspartnerin	9h 30min	nicht anwesend
5	S-5	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS	17.08.2016	Beobachterin, Gesprächspartnerin	5h	nicht anwesend
6	S-6	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS	18.08.2016	Beobachterin, Gesprächspartnerin	9h 20min	nicht anwesend
7	S-7	Shadowing Durchführung Koordinationsupdate	13.06.2017	Beobachterin, Gesprächspartnerin	30min	nicht anwesend
9	S-8	Shadowing Durchführung Koordinationsupdate	04.07.2017	Beobachterin, Gesprächspartnerin	30min	nicht anwesend
10	S-9	Shadowing Durchführung Koordinationsupdate	14.07.2017	Beobachterin, Gesprächspartnerin	30min	nicht anwesend
11	S-10	Shadowing Durchführung Koordinationsupdate	14.11.2017	Beobachterin, Gesprächspartnerin	10min	anwesend
12	S-11	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS	21.03.2018	Beobachterin, Gesprächspartnerin	3h 50min	anwesend

13	S-12	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf Pflege, Kollaboration zwischen Berufsgruppen)	05.11.2018	Beobachterin, Gesprächspartnerin	8h	anwesend
14	S-13	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf Pflege AA, Kollaboration zwischen Berufsgruppen)	06.11.2018	Beobachterin, Gesprächspartnerin	8h	anwesend
15	S-14	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf MPA, Patientenprozess, Medizin)	07.11.2018	Beobachterin, Gesprächspartnerin	8h	anwesend
16	S-15	Shadowing des Alltagsgeschehens der Notfallpraxis (Eröffnung der Notfallpraxis)	03.06.2019	Beobachterin, Gesprächspartnerin	3h	anwesend
17	S-16	Shadowing des Alltagsgeschehens der Notfallpraxis (Fokus auf Kollaboration MPA und Hausarzt)	04.06.2019	Beobachterin, Gesprächspartnerin	3h	anwesend
18	S-17	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf neuer Zyklus AA, Kollaboration zwischen Berufsgruppen)	27.11.2019	Beobachterin, Gesprächspartnerin	8h	anwesend
19	S-18	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf Chirurgie)	28.11.2019	Beobachterin, Gesprächspartnerin	4h	anwesend
20	S-19	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf neuer Zyklus AA, Kollaboration zwischen Berufsgruppen)	02.12.2019	Beobachterin, Gesprächspartnerin	6h	anwesend
21	S-20	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf neuer Zyklus AA, Kollaboration zwischen Berufsgruppen)	03.12.2019	Beobachterin, Gesprächspartnerin	6h	anwesend
22	S-21	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf neuer Zyklus AA, Kollaboration zwischen Berufsgruppen)	06.01.2020	Beobachterin, Gesprächspartnerin	8h 45min	anwesend

23	S-22	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf neuer Zyklus AA, Kollaboration zwischen Berufsgruppen)	07.01.2020	Beobachterin, Gesprächspartnerin	5h 20min	anwesend
24	S-23	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf neuer Zyklus AA, Kollaboration zwischen Berufsgruppen)	27.01.2020	Beobachterin, Gesprächspartnerin	3h 30min	anwesend
25	S-24	Shadowing des Alltagsgeschehens der ZNS (Fokus auf neuer Zyklus AA, Notfallpraxis)	28.01.2020	Beobachterin, Gesprächspartnerin	5h	anwesend

Verzeichnis der Reflexions- und Feedbackworkshops

Nr.	Index	Art der Beobachtung	Rolle der Forscherin bzw. des Forschungsteams	Datum	Dauer	Autorin
1	RW-1	Erwartungsklärung für Forschungspartnerschaft	Präsentierende, Gesprächspartnerin	23.04.2014	3h	nicht anwesend
2	RW-2	Gemeinsames Reflexionsworkshop	Beobachterin, Reflexion und Plausibilisierung von Daten, Protokollführerin	25.11.2014	2h	nicht anwesend
3	RW-3	Gemeinsamer Reflexionsworkshop	Beobachterin, Reflexion und Plausibilisierung von Daten, Protokollführerin	29.09.2015	2h	nicht anwesend
4	RW-4	Gemeinsamer Reflexionsworkshop	Beobachterin, Reflexion und Plausibilisierung von Daten, Protokollführerin	06.12.2016	2h	nicht anwesend

5	RW-5	Gemeinsamer Mitarbeiterworkshop zu interprofessioneller Zusammenarbeit	Beobachterin, Moderatorin, Reflexion und Plausibilisieren von Daten, Protokollführerin	03.10.2017	5h 40min	anwesend
6	RW-6	Gemeinsamer Reflexionsworkshop	Beobachterin, Reflexion und Plausibilisierung von Daten, Protokollführerin	03.07.2018	2h 30min	anwesend
7	RW-7	Gemeinsamer Reflexionsworkshop	Beobachterin, Reflexion und Plausibilisierung von Daten, Protokollführerin	26.09.2019	5h	anwesend
8	RW-8	Gemeinsamer Reflexionsworkshop	Beobachterin, Reflexion und Plausibilisierung von Daten, Protokollführerin	19.11.2019	2h	anwesend
9	RW-9	Kurzfeedback und Diskussion zur Shadowing-Episode 2019/2020	Beobachterin, Reflexion und Plausibilisierung von Daten, Protokollführerin	18.02.2020	45min	anwesend

Verzeichnis der Dokumente des Forschungspartners

Nr.	Index	Art des Dokuments	Thema	Datum
1	D-1	Allgemeines Dokument	Kompetenzliste Medizinische Praxisangestellte	01.05.2014
2	D-2	Allgemeines Dokument	Stellenbeschreibung Medizinische Praxisangestellte	01.05.2014
3	D-3	Allgemeines Dokument	Einladung zum Pflege Workshop "Auf zu neuen Ufern"	25.03.2015
4	D-4	Fotoprotokoll	Fotoprotokoll zum Pflege Workshop "Auf zu neuen Ufern"	25.03.2015
5	D-5	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	31.03.2015
6	D-6	Protokoll	Protokoll Austausch Gipszimmer, Physiotherapie, Chirurgische Bettenstation	21.04.2015
7	D-7	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	05.05.2015
8	D-8	Antragsformular	Traktandenwunsch für "Leitungskonferenz" der ZNS Patientenarmbänder	05.05.2015

9	D-9	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.05.2015
10	D-10	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	02.06.2015
11	D-11	Antragsformular	Traktandenwunsch für "Leitungskonferenz" der ZNS Gipszimmer	02.06.2015
12	D-12	Auftragsformular	Auftrag Arbeitsgruppe Triage	02.06.2015
13	D-13	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	16.06.2015
14	D-14	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	07.07.2015
15	D-15	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	28.07.2015
16	D-16	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	18.08.2015
17	D-17	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	01.09.2015
18	D-18	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	29.09.2015
19	D-19	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	10.11.2015
20	D-20	Antragsformular	Traktandenwunsch für "Leitungskonferenz" der ZNS Gipssprechstunde	10.11.2015
21	D-21	Allgemeines Dokument	Vorbereitung für Agenda der Strategieretraite 2016	24.11.2015
22	D-22	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	24.11.2015
23	D-23	Richtlinie/Konzept	Übergabeprozess Rettung (Entwurf)	01.12.2015
24	D-24	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	08.12.2015
25	D-25	Teaminformation/Protokoll	Feedback Schockraum	08.12.2015
26	D-26	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	22.12.2015
27	D-27	Newsletter	Neuorganisation für patientenzentrierte Prozesse	01.01.2016
28	D-28	Richtlinie/Konzept	Kompetenzen MPA Gipssprechstunde	01.01.2016
29	D-29	Richtlinie/Konzept	Kompetenzen HF und Studierende Gipssprechstunde	01.01.2016
30	D-30	Richtlinie/Konzept	Kompetenzen NDS Gipssprechstunde	01.01.2016
31	D-31	Richtlinie/Konzept	Kompetenzen neue Mitarbeiter NDS Gipssprechstunde	01.01.2016
32	D-32	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	05.01.2016
33	D-33	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.01.2016
34	D-34	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	02.02.2016

35	D-35	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	16.02.2016
36	D-36	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	10.03.2016
37	D-37	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	12.04.2016
38	D-38	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	28.04.2016
39	D-39	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	10.05.2016
40	D-40	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	24.05.2016
41	D-41	PowerPoint-Präsentation	Vortrag zu Lean Hospital auf der ZNS	01.06.2016
42	D-42	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	07.06.2016
43	D-43	Agenda	Agenda der Strategieretraite 2016	27.06.2016
44	D-44	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.07.2016
45	D-45	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	02.08.2016
46	D-46	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	23.08.2016
47	D-47	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	13.09.2016
48	D-48	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	11.10.2016
49	D-49	PowerPoint-Präsentation	Schulungsunterlagen für Pflegende zur Anmeldezentrale und Fast-Track	07.12.2016
50	D-50	Antragsformular	Antrags/Traktandenwunsch für "Leitungskonferenz" der ZNS (Huddle)	20.12.2016
51	D-51	Richtlinie/Konzept	ESI-Triage Handbuch	01.01.2017
52	D-52	Richtlinie/Konzept	Kompetenzgerechter Einsatz der verschiedenen Berufsgruppen Pflege	04.01.2017
53	D-53	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	10.01.2017
54	D-54	Fotoprotokoll	Fotoprotokoll zu Sitzung Fast-Track	17.01.2017
55	D-55	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	31.01.2017
56	D-56	Richtlinie/Konzept	Fast-Track Konzept	01.02.2017
57	D-57	Richtlinie/Konzept	Schockraumindikationen und – alarmierung bei medizinischen Patienten	01.02.2017
58	D-58	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	14.02.2017
59	D-59	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	07.03.2017
60	D-60	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	28.03.2017

61	D-61	Richtlinie/Konzept	Koordinationsupdate Konzept	11.04.2017
62	D-62	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	11.04.2017
63	D-63	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	25.04.2017
64	D-64	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	16.05.2017
65	D-65	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	30.05.2017
66	D-66	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	13.06.2017
67	D-67	Teaminformation/Protokoll	Teaminformation für Pflege ZNS	13.06.2017
69	D-68	Richtlinie/Konzept	Schockraum-Konzept (Version 1)	22.06.2017
68	D-69	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	04.07.2017
70	D-70	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	22.08.2017
71	D-71	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	05.09.2017
72	D-72	Fotoprotokoll	Fotoprotokoll der Sitzung "Evaluation Koordinationsupdate"	19.09.2017
73	D-73	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.09.2017
74	D-74	Fotoprotokoll	Fotoprotokoll Mitarbeiterworkshop	03.10.2017
75	D-75	Agenda	Vorbereitung für Mitarbeiterworkshop inklusive Agenda	03.10.2017
76	D-76	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	03.10.2017
77	D-77	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	17.10.2017
78	D-78	Richtlinie/Konzept	Prozessbasiertes Betriebs- und Behandlungskonzept	06.11.2017
79	D-79	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	07.11.2017
80	D-80	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	14.11.2017
81	D-81	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.12.2017
82	D-82	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	20.12.2017
83	D-83	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	09.01.2018
84	D-84	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	23.01.2018
85	D-85	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	06.02.2018
86	D-86	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	20.02.2018

87	D-87	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	06.03.2018
88	D-88	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	20.03.2018
89	D-89	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	10.04.2018
90	D-90	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	24.04.2018
91	D-91	Mailaustausch	Mailaustausch zu Protokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS vom 24.4.2018	24.04.2018
92	D-92	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	15.05.2018
93	D-93	Teaminformation/Protokoll	Teaminformation für Pflege ZNS	15.05.2018
94	D-94	Richtlinie/Konzept	Wundkonzept - zur Behandlung akuter Wunden (Version 1)	01.06.2018
95	D-95	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	12.06.2018
96	D-96	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	26.06.2018
97	D-97	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	10.07.2018
98	D-98	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	07.08.2018
99	D-99	PowerPoint-Präsentation	Aufteilung Führung Pflege	07.08.2018
100	D-100	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	21.08.2018
101	D-101	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	11.09.2018
102	D-102	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	25.09.2018
103	D-103	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	23.10.2018
104	D-104	Richtlinie/Konzept	Patienten-Umlagerung Rettung	30.10.2018
105	D-105	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	06.11.2018
106	D-106	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	27.11.2018
107	D-107	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	18.12.2018
108	D-108	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	08.01.2019
109	D-109	Richtlinie/Konzept	Alarmierungsverlauf OGK	28.01.2019
110	D-110	Richtlinie/Konzept	ZNS Prio Alarmstufen	28.01.2019
111	D-111	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	29.01.2019
112	D-112	Antragsformular	Angepasster und zeitgemässer Webauftritt der Zentralen Notfallstation	02.02.2019

113	D-113	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.02.2019
114	D-114	Richtlinie/Konzept	Handover Zentrale Notfallstation	20.02.2019
115	D-115	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	05.03.2019
116	D-116	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.03.2019
117	D-117	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	23.04.2019
118	D-118	Richtlinie/Konzept	Ergänzung im Schockraumkonzept	23.04.2019
119	D-119	Allgemeines Dokument	Schulungsunterlagen für Hausärzte der NFP für Dokumentation im KIS	19.05.2019
120	D-120	PowerPoint-Präsentation	Schulungsunterlagen für Hausärzte der NFP, Instruktionsabend	20.05.2019
121	D-121	PowerPoint-Präsentation	Informationsunterlagen zur Notfallpraxis für Hausärzte	20.05.2019
122	D-122	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	04.06.2019
123	D-123	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	25.06.2019
124	D-124	Allgemeines Dokument	Notizen einer MPA bzgl. Prozesse der Hausarztpraxis	19.07.2019
125	D-125	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	23.07.2019
126	D-126	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	06.08.2019
127	D-127	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	20.08.2019
128	D-128	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	03.09.2019
129	D-129	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	17.09.2019
130	D-130	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	01.10.2019
131	D-131	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	22.10.2019
132	D-132	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	05.11.2019
133	D-133	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	19.11.2019
134	D-134	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	03.12.2019
135	D-135	Richtlinie/Konzept	Overflow Konzept der Zentralen Notfallstation	16.12.2019
136	D-136	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	17.12.2019
137	D-137	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	07.01.2020
138	D-138	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	21.01.2020

139	D-139	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	04.02.2020
140	D-140	Protokoll	Beschlussprotokoll der "Leitungskonferenz" der ZNS	18.02.2020
141	D-141	PowerPoint-Präsentation	Schulungsunterlagen für Hausärzte der NFP	14./27.05.2019
142	D-142	PowerPoint-Präsentation	Informationsunterlagen zur Notfallpraxis für Pflegepersonal	14./27.05.2019
143	D-143	Protokoll	Beschlussprotokoll Strategie-Retraite 2019	14./15.08.2019
144	D-144	Agenda	Agenda der Strategieretraite 2019	14./15.08.2019
145	D-145	Protokoll	Beschlussprotokoll Strategie-Retraite 2016	18./19.01.2016
146	D-146	Agenda	Agenda der Strategieretraite 2016	18./19.01.2016
147	D-147	Fotoprotokoll	Fotoprotokoll der Strategieretraite 2016	18./19.01.2016
148	D-148	Fotoprotokoll	Fotoprotokoll der Strategieretraite 2017	18./19.07.2017
149	D-149	Agenda	Agenda der Strategieretraite 2017	18./19.07.2017
150	D-150	Agenda	Agenda der Strategieretraite 2018	26./27.09.2018
151	D-151	Fotoprotokoll	Fotoprotokoll der Strategieretraite 2018	26./27.09.2018
152	D-152	Allgemeines Dokument	Übersicht Übernahme hausärztlicher Notfalldienste	ohne Datum
153	D-153	Allgemeines Dokument	Schulungsunterlagen zu Emergency Severity Index	ohne Datum
154	D-154	Allgemeines Dokument	Schulungsunterlagen zu Emergency Severity Index (2)	ohne Datum
155	D-155	Überwachungsblatt	Kopie des Überwachungsblatt und Triageblatt	ohne Datum
156	D-156	Allgemeines Dokument	Schulungsunterlagen für Triage in Notfallpraxis	ohne Datum
157	D-157	Allgemeines Dokument	TOP Risiken im klinischen Bereich 2016	ohne Datum
158	D-158	Richtlinie/Konzept	Reevaluation Fast-Track Konzept 2.0	ohne Datum
159	D-159	Richtlinie/Konzept	Merkblatt Übernahme hausärztlicher Notfalldienste	ohne Datum
160	D-160	Richtlinie/Konzept	Gipskonzept (Version 1.3)	ohne Datum
161	D-161	Protokoll	Protokoll Schnittstelle IMC/ZNS	13.11.2019
162	D-162	Präsentation	Ärztliche Schulung zu Fast-Track und Anmeldezentrale	ohne Datum
162	D-163	Richtlinie/Konzept	Konzept Koordinationsupdate "Was läuft?"	ohne Datum

Anhang 2: Vorlage «Beobachtungsprotokoll»

Kurzportrait

Datum, Uhrzeit:_____

Wo: _____

Teilnehmer: _____

Abwesend: _____

Forschende*:* _____

Vorab: Welche vorherigen Hypothesen, Dokumente, Ideen, Eindrücke usw. sind als Hintergrundinformation bedeutsam?

- …
- …

Allgemeine Eindrücke

1. Eindruck der Gesamtsituation:
   - …
2. Besonderheit der Situation:
   - …
3. Milieu (Raum, Empfang, Sitzordnung, atmosphärische Stimmung, Interaktionshäufigkeit, etc.):
   - …
4. Allgemeine Hypothesen:
   - …
   - …

Thema + „Running description“	**Persönliche Eindrücke**/Stimmung (non-verbales)	**Analytische Ideen** (Hypothesen, Forschungsfragen, etc.)
……	**….**	**….**

Anhang 3: Vorlage «Reflexion nach Datenerhebung»

Datum, Uhrzeit:_____

Kontext der erhobenen Daten: _____

Beteiligte Forschende: _____

Ort*:* _____

1. Was sind die ersten spontanen und allgemeinen Eindrücke von der Situation (z.B. von dem Meeting, Interview)?

   - …

2. Welche Inhalte wurden besprochen? Hier zunächst sukzessive Nacherzählung des Ablaufs und gemeinsame Themenbildung als kollektive Darlegung der Inhalte. Ebenso als Basis zur Entwicklung gemeinsamer Primärdaten.

   - …
   - …

3. Was hat uns überrascht (neuer Aspekte und neue Thesen)?

   - …

4. Weitere Schritte die sich aus der Datenerhebung ergeben haben, z.B. Antworten auf die Frage, wen wir noch interviewen könnten.

   - …

Zur Person

Name:	Naomi Kink
Adresse:	Tellstrasse 22, 9000 St.Gallen
Email:	naomi.kink@unisg.ch
Geburtsdatum:	17.6.1990
Geburtsort:	St.Gallen

Aus- und Weiterbildung

2018 – 2021	Doktorat in Organisation und Kultur, Universität St.Gallen (HSG)
2018 – 2020	CAS in Hochschuldidaktik, Universität St.Gallen (HSG)
2013 – 2017	Master of Arts in Management, Organisation und Kultur, Universität St.Gallen (HSG)
2010 – 2013	Bachelor of Arts in Gesellschafts- und Kommunikationswissenschaften, Universität Luzern
2003 – 2009	Gymnasium St. Antonius, Appenzell

Beruflicher Werdegang

2021 – bis heute	Projektleiterin Unternehmensentwicklung, Kantonsspital St.Gallen
2018 – bis heute	Lehrbeauftragte für Betriebswirtschaftslehre, Universität St.Gallen (HSG)
2015 – 2021	Wissenschaftliche Assistentin und Projektleiterin, Universität St.Gallen (HSG)
2014 – 2015	Praktikum Personalvermittlung, Hays Schweiz AG
2011 – 2014	Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Tutorin für qualitative und quantitative Methoden, Universität Luzern